

CARLOS SEME NEJM JUNIOR

**BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS EM ISQUEMIA
CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do grau acadêmico de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Rufino Ribas
Timi

CURITIBA

2009



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA
NÍVEIS: MESTRADO E DOUTORADO

Ata do julgamento da 343ª dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná, referente ao aluno **CARLOS SEME NEJM JÚNIOR** com o título **BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS EM ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES**, na **Linha de Pesquisa: Protocolos Eletrônicos em Cirurgia** **Área de Concentração: Informática no Ensino e na Pesquisa em Cirurgia** tendo como orientador Prof. Dr. Jorge Rufino Ribas Timi.

Às sete horas e trinta minutos do dia dezoito de março de dois mil e dez, no auditório do 7º andar do prédio central sala 702 do Hospital de Clínicas, reuniu-se, em sessão pública, a Banca Examinadora de Avaliação composta pelos Professores Doutores José Carlos Simões, Alexandre Coutinho Teixeira de Freitas e Henrique Jorge Stahlke Júnior sendo este último Presidente da Banca. Aberta a sessão, foi apresentada pelo Prof. Dr. Jorge Eduardo Fouto Matias, Vice-Coordenador do Programa, a documentação probatória do cumprimento pelo candidato das exigências legais que lhe facultam submeter-se à avaliação da dissertação como última etapa à sua titulação no Programa. A seguir o Presidente da Banca Examinadora convidou o candidato a apresentar oralmente resumo de sua dissertação no prazo máximo de trinta minutos para demonstração de sua capacidade didática e para melhor conhecimento do tema por parte da audiência composta de professores, médicos, alunos, familiares e demais interessados. Seguiu-se a arguição e imediata resposta pelo candidato, sucessivamente pelos componentes da Banca Examinadora. Obedecido o tempo máximo de vinte minutos para a arguição e igual tempo para cada resposta. Terminada a etapa de arguição, reuniu-se a Banca Examinadora em sala reservada para atribuição das notas, dos conceitos e lavratura do Parecer Conjunto. O candidato foi considerado **APROVADO** considerando-se os parâmetros vigentes estabelecidos pelo programa e regidos pela legislação pertinente da instituição. Voltando à sala de sessão, o Senhor Presidente da Banca Examinadora leu os conceitos do Parecer Conjunto e deu por encerrada a sessão. E para que tudo conste, foi lavrada a presente Ata, que será assinada pelos seguintes componentes da Banca Examinadora de Avaliação.

José Carlos Simões

Alexandre Coutinho Teixeira de Freitas

Henrique Jorge Stahlke Júnior

Dedico este trabalho a minha família pelo exemplo de união e superação.
À minha esposa, Daniela Ribeiro Marques Nejm, pelo apoio incondicional em todos os
momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais (Carlos e Mariangela Nejm) e irmãs (Isabelle e Marielle Nejm), pelo apoio prestado durante os momentos de instabilidade.

Ao PROF. DR. RENATO ARAÚJO BONARDI pelo apoio, confiança e paciência, por todos os seus ensinamentos durante a residência médica.

Ao PROF. DR. ANTÔNIO CARLOS LIGOCKI CAMPOS, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná.

Aos PROFESSORES DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA DISCIPLINA DE CIRURGIA VASCULAR DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, pela formação e conhecimentos transmitidos na especialidade, que serviram de base para elaboração desta dissertação.

À CAPES e à UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, pela oportunidade de conhecimento científico e realização deste trabalho.

Ao PROF. DR. JORGE RUFINO RIBAS TIMI pela confiança e oportunidade concedidas a mim, pela dedicação como professor e pela honra de sua orientação neste trabalho, a qual foi fundamental para a estruturação e conclusão do mesmo.

Ao PROF. DR. HENRIQUE JORGE STAHLKE JUNIOR, pelo apoio incondicional nos momentos de dificuldade e pelo exemplo de hombridade e ética.

A Charles Dalla Costa Félix pelo apoio na formatação e estruturação dessa dissertação.

À acadêmica de medicina da Universidade Federal do Paraná Valentina Chiara Bistolf do Amaral pelo empenho na coleta de dados do projeto piloto.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

“Há, verdadeiramente, duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe. A ciência consiste em saber; em crer que se sabe está a ignorância.”

HIPÓCRATES, GRÉCIA ANTIGA(460 a.C. – 377 a.C.)

RESUMO

Racional: A utilização de protocolos é comum na conduta médica e em procedimentos de saúde em geral. A falta de um sistema informatizado de fácil acesso e manuseio talvez seja a grande barreira para a dinamização do processo de arquivamento de dados médicos. A dificuldade em recrutar dados de maneira manual, além de exaustiva, pode propiciar erros na sua transcrição. Um sistema eletrônico de protocolo seria capaz de armazenar os dados referentes a estas condutas e possibilitar futuras pesquisas principalmente em estudos prospectivos visando rapidez, eficiência de cruzamentos e análise de dados. **Objetivo:** a) criar uma base de dados clínicos cirúrgicos em doenças vasculares e a partir desta base de dados clínicos e cirúrgicos em isquemia crônica de membros inferiores, b) informatizar esta base sob forma de um protocolo eletrônico (software específico), c) incorporar este protocolo eletrônico ao SINPE© (Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos), d) realizar um projeto piloto para testar a funcionalidade do módulo analisador do SINPE.

Métodos: Inicialmente criou-se uma base teórica de dados clínicos sobre as doenças vasculares, para criação do protocolo mestre, através da consulta de livros-texto e da revisão de periódicos sobre cada uma das doenças vasculares estudadas. Através da base teórica do protocolo mestre foi então selecionada a base teórica a ser utilizada no protocolo específico em isquemia crônica de membros inferiores sendo escolhidas pela importância clínica e epidemiológica. Depois, realizou-se a informatização e o armazenamento destes dados na forma de um *software* desenvolvido junto ao Laboratório de Informática e Multimídia do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Na informatização dos dados clínicos e cirúrgicos criaram-se dois tipos de protocolos eletrônicos: o mestre e o específico. No protocolo mestre foram colocados todos os dados relevantes encontrados através da base teórica. O protocolo específico em isquemia crônica de membros inferiores foi criado a partir do protocolo mestre, considerando as características individuais das doenças causadoras de isquemia crônica de membros inferiores. Após seu término, esta base eletrônica e informatizada de dados clínicos sobre as doenças vasculares seria incorporada ao SINPE®.

Resultados: Os dados clínicos e cirúrgicos poderão ser coletados prospectivamente por usuários cadastrados e, posteriormente, utilizados para a produção de estudos científicos. Para coleta, o usuário inicialmente realizará o cadastro do paciente. Após, selecionará, dentro do protocolo mestre, o protocolo específico em isquemia crônica de membros inferiores para acesso aos seus respectivos dados clínicos. Orientado pelas alternativas diretas de preenchimento, o usuário seleciona apenas os dados de seu paciente. Estes dados podem ser resgatados e itens específicos selecionados para pesquisa, a qual mostra o número de coletas que satisfazem os parâmetros escolhidos e informações estatísticas sobre a mesma.

Conclusão: a) a criação da base teórica de dados clínicos e cirúrgicos em cirurgia vascular foi factível; b) o desenvolvimento do sistema integrado do protocolo mestre em cirurgia vascular e o protocolo específico em isquemia crônica de membros inferiores foi exequível; c) a base eletrônica de dados clínicos e cirúrgicos em cirurgia vascular especialmente em isquemia crônica de membros inferiores poderá ser incorporada ao SINPE©; d) o projeto piloto foi criado com sucesso e testado através do módulo analisador do SINPE©.

ABSTRACT

Background: The use of protocols is common in medical management and health procedures in general. The lack of a computerized system for easy access and management is perhaps the major barrier to enhancing the process of archiving medical data. The difficulty in finding data in a manual, and comprehensive, can provide errors in their transcription. An electronic protocol would be able to store the data for these behaviors and future research especially in prospective studies aimed at speed, efficiency of hybridization and data analysis. **Objective:** a) create a database of clinical surgery in vascular diseases and from this basis of clinical and surgical findings in chronic ischemia of lower limbs, b) computerizing the base form of an electronic protocol (software), c) incorporate this electronic protocol to SINPE © (Integrated Electronics protocols), d) carry out a pilot project to test the functionality of the analyzer SINPE. **Methods:** We initially created a theoretical basis of clinical data about vascular diseases, for creating the master protocol, by consulting textbooks and review journals on each of the vascular diseases studied. Through the theoretical basis of the protocol was then selected master the theoretical basis for use in the specific protocol in chronic ischemia of lower limbs was chosen for clinical and epidemiological importance then held on computerization and storage of data in the form of a software developed with the Laboratory of Computer and Multimedia Program Graduate Program in Clinical Surgery, Department of Health Sciences, Federal University of Parana. The computerization of clinical and surgical data were created two types of electronic protocols: the master and specific. The protocol master were placed all relevant data found through theoretical basis. The specific protocol in chronic ischemia of lower limbs was created from the master protocol, considering the individual characteristics of the diseases causing chronic ischemia of lower limbs. After its completion, this electronic database and computerized clinical data on vascular disease would be incorporated into SINPE ®. **Results:** The clinical and surgical data can be collected prospectively by subscribers and then used for the production of scientific studies. To collect the User initially held the registration of the patient. Next, select, within the master protocol, the protocol specific chronic ischemia of lower limbs to access their clinical data. Guided by direct alternatives to fill, the User selects only the data from your patient. These data can be recovered and specific items selected for research, which shows the number of collections that meet the chosen parameters and statistical information on it. **Conclusion:** a) the creation of the theoretical basis of clinical data and surgical procedures in vascular surgery was feasible, b) the development of the integrated protocol master in vascular surgery and the specific protocol in chronic ischemia of lower limbs was feasible, c) basic electronics clinical data and surgical procedures in vascular surgery especially in chronic ischemia of lower limbs can be incorporated into SINPE © d) the pilot project was successfully built and tested by the analyzer module SINPE©.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O SISTEMA INTEGRADO DE PROTOCOLOS ELETRÔNICOS (SINPE©)	14
1.2 OBJETIVOS:	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 PRONTUÁRIO MÉDICO	17
2.2 PRONTUÁRIO DE PAPEL	17
2.3 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	18
3 MATERIAL E MÉTODO	21
3.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E FORMAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS	21
3.2 INFORMATIZAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS PARA CRIAÇÃO DOS PROTOCOLOS MESTRE E ESPECÍFICO.....	24
3.2.1 EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE	27
3.2.2 DEFINIÇÃO E EDIÇÃO DOS PROTOCOLOS ESPECÍFICOS	33
3.3 DISPONIBILIZAÇÃO DA BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DE ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES NO SINPE©.....	35
3.5 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO, SOB FORMA DE UM PROJETO PILOTO	36
3.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS PELA COLETA DE DADOS DO PROJETO PILOTO.	37
4 RESULTADOS	39
4.1 PRIMEIRA FASE: APRESENTAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE EM DOENÇAS VASCULARES	40
4.2 SEGUNDA FASE: APRESENTAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO EM ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES	44
4.3 APRESENTAÇÃO DO PROJETO PILOTO EM ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES	51
4.3.1 ESTUDO DESCRITIVO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO ELETRÔNICO EM ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES	51
4.3.2 ESTUDO ANALÍTICO DE DADOS APLICADOS NO PROTOCOLO DE ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES	54
4.3.2.1 INCIDÊNCIA DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA DEFINIDA POR ECOSTRESS FARMACOLÓGICO COM DOBUTAMINA OU DIPIRIDAMOL	55

4.3.2.2 NECESSIDADE DE ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA EM PACIENTES COM ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES.	56
5 DISCUSSÃO	59
5.1 INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS CLÍNICOS	59
5.2 CONFECÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS	61
5.3 CONFECÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO.....	61
6 CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	66
ANEXOS.....	72
ANEXO 1 – TERMO DE CONCESSÃO DE DIREITO DE USO DO SINPE©.....	73
ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	76
APÊNDICE	77

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – APRESENTAÇÃO DO SINPE©	25
FIGURA 2 – SELEÇÃO DA CONEXÃO DO PROTOCOLO	25
FIGURA 3 – PREENCHIMENTO DO <i>LOGIN</i> , SENHA E INSTITUIÇÃO	26
FIGURA 4 – SELEÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DE ACORDO COM O TIPO DE USUÁRIO	27
FIGURA 5 – TELA DE ABERTURA DO PROTOCOLO MESTRE	28
FIGURA 6 – BARRA DE TRABALHO DO PROTOCOLO MESTRE.....	29
FIGURA 7 – SELEÇÃO DO TIPO DE ITEM.....	29
FIGURA 8 – EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE.....	30
FIGURA 9 – SUBITENS DE ANAMNESE	31
FIGURA 10 – RAMIFICAÇÃO DE SUBITENS.....	32
FIGURA 11 – RAMIFICAÇÕES DE SUBITENS DE DIAGNÓSTICO DE DAOP.....	32
FIGURA 12 – SELEÇÃO DO TIPO DE PROTOCOLO.....	33
FIGURA 13 – ACESSO PARA BUSCA E CADASTRO DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS	33
FIGURA 14 – CADASTRO OU ACESSO AOS PROTOCOLOS ESPECÍFICOS	34
FIGURA 15 – ESCOLHA E EDIÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO	34
FIGURA 16 – MODELO DE PROTOCOLO ESPECÍFICO	35
FIGURA 17 – ACESSO AO SINPE©.....	40
FIGURA 18 – PROTOCOLO MESTRE.....	41
FIGURA 19 – SUBITENS DE ANAMNESE	41
FIGURA 20 – RAMIFICAÇÕES DE SINTOMÁTICO	42
FIGURA 21 – EXAME FÍSICO	43
FIGURA 22 – RAMIFICAÇÃO DE SUBITENS DE EXAME FÍSICO	43
FIGURA 23 – EXAMES COMPLEMENTARES.....	44
FIGURA 24 – SELEÇÃO DO ITEM PROTOCOLO ESPECÍFICO	45
FIGURA 25 – SELEÇÃO DO PROTOCOLO DE ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES	45
FIGURA 26 – SELEÇÃO DOS ITENS DO PROTOCOLO ESPECÍFICO	46
FIGURA 27 – CADASTRO DE PACIENTES	47
FIGURA 28 – COLETA DE DADOS	47
FIGURA 29 – COLETA DE DADOS	48
FIGURA 30 – NOVA COLETA DE DADOS	48
FIGURA 31 – COLETA ESPECÍFICA DE DADOS.....	49

FIGURA 32 – EXEMPLO DE PESQUISA50
FIGURA 33 – EXEMPLO DE RESULTADO DE PESQUISA51

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA.....	52
GRÁFICO 2 – RAÇA	53
GRÁFICO 3 – ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES.....	53
GRÁFICO 4 – CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA.....	54
GRÁFICO 5 – ECOCARDIOGRAFIA	55
GRÁFICO 6 – ECOCARDIOGRAFIA ALTERADA.....	56
GRÁFICO 7 – ECODOPPLER CERVICAL	57
GRÁFICO 8 – ESTENOSE CAROTÍDEA.....	57

1 INTRODUÇÃO

O registro diário com informações do paciente representa uma rotina para aqueles que trabalham na área da saúde. O agrupamento dessas informações é o que podemos chamar de registro ou prontuário médico (Mc Donald, 1994 e Barnett, 1990).

Um prontuário médico pode ser entendido como (NOVAES, 1998; SLEE e SCHIMIDT, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE) um conjunto de:

- ✓ documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro dos cuidados médicos e paramédicos prestados ao paciente pelo hospital;
- ✓ informações coletadas pelos médicos e outros profissionais da saúde que cuidaram do paciente;
- ✓ registros de saúde do indivíduo, contendo toda informação referente à sua saúde desde o nascimento até a morte;
- ✓ fatores para o acompanhamento de bem estar do indivíduo: assistência fatores de risco, exercícios e perfil psicológico.

O Conselho Federal de Medicina, no Novo Código de Ética Médica, no parágrafo primeiro do artigo 87 define como deve ser um prontuário médico:

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

A evolução tecnológica do mundo moderno, marcada com a Revolução Industrial, tornou o homem cada vez mais dependente de auxílio de máquinas, não sendo de outro modo na área da saúde.

O acesso facilitado a computadores e, especialmente à Internet, possibilitou o imediato acesso aos mais recentes resultados de pesquisas clínicas. Novos conceitos sobre novas doenças se espalham pelo mundo através da informática com o advento da internet.

Durante muitos anos médicos pesquisadores faziam uso de tabelas e gráficos manuais em busca de dados.

Os grandes centros médicos vêm implantando o prontuário eletrônico em substituição aos arquivos tradicionais que ocupam grande espaço físico de

difícil acesso tornando uma barreira para a pesquisa clínica. (CUPAK; GABIRC, 1991; EMBI et al. 2004)

A melhor forma de se coletar dados de forma prospectiva parece ser a criação de protocolos eletrônicos. O delineamento do estudo, a confiabilidade da coleta de dados e sua posterior análise influenciam na precisão dos resultados e suas conclusões (PEREIRA, 1995).

Poucos são os serviços que possuem um protocolo eletrônico com finalidade exclusivamente clínica. Tais protocolos facilitam a coleta de dados, anteriormente realizada em arquivos hospitalares, e resultam no controle da qualidade científica (BELTRÃO; ARAÚJO, et al, 2002) (GRIMSHAW e RUSSEL, 1993).

A cirurgia vascular, bem como em outras áreas da medicina, necessita de aprimoramento na área da pesquisa e do uso da informação.

Pacientes com isquemia crônica de membros inferiores representam uma parcela populacional em que seu tratamento e/ou suas complicações influenciam diretamente na qualidade de vida do paciente. A idade avançada, quantidade de co-morbidades e, por consequência, múltiplos internamentos, fazem da busca de dados um trabalho oneroso e cansativo.

Com a criação da base eletrônica de dados clínicos e cirúrgicos em isquemia crônica de membros inferiores, espera-se reunir quantidade significativa de informação de forma padronizada, facilitando sua utilização e, por consequência, o desenvolvimento técnico-científico.

1.1 O SISTEMA INTEGRADO DE PROTOCOLOS ELETRÔNICOS (SINPE©)

A linha de pesquisa denominada “Protocolos Informatizados” foi implantada com a cessão de direito de uso do software SINPE© ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica, com a finalidade de criar base informatizada de pesquisa clínica prospectiva. Ele é de propriedade intelectual do Prof. Dr. Osvaldo Malafaia e registrado no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) sob o número RS06056-1.

SIGWALT, em 2001, desenvolveu o primeiro protocolo informatizado, chamado “Base Eletrônica de Dados Clínicos das Doenças do Esôfago”.

Vários protocolos eletrônicos, nas áreas de cirurgia do aparelho digestivo, ortopedia, urologia, oftalmologia, entre outras, foram incorporados ao SINPE©. Porém, ainda não foram desenvolvidos protocolos informatizados na área de cirurgia vascular.

O protocolo eletrônico em isquemia crônica de membros inferiores a partir da criação do protocolo mestre em cirurgia vascular possibilitará pesquisa abrangente, com avaliação de dados referentes à epidemiologia, meios de diagnóstico e formas de tratamento dessa doença, aumentando a produção de trabalhos científicos nessa área.

1.2 OBJETIVOS:

Este trabalho tem os seguintes objetivos:

- 1- criar uma base de dados abrangente e atualizada das doenças vasculares – protocolo mestre – e através dele, selecionar base teórica de dados para as doenças causadoras de isquemia crônica de membros inferiores;
- 2- informatizar de forma padronizada essa base de dados adaptando-a em um programa específico (*software*) chamado de protocolo eletrônico para coleta de dados;
- 3 - incorporar este dispositivo ao Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE©);
4. realizar um projeto piloto para testar a funcionalidade do protocolo e do módulo analisador do Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE©), realizando estudo descritivo dos dados levantados e estudo analítico correlacionando:
 - 4.1 incidência de isquemia miocárdica definida por ecostress farmacológico com dobutamina ou dipiridamol;
 - 4.2 necessidade de endarterectomia de carótida em pacientes com isquemia crônica de membros inferiores.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PRONTUÁRIO MÉDICO

Hipócrates, no século 5 a.C., dizia que o registro médico deveria refletir exatamente o curso da doença e indicar as suas possíveis causas. Seu registro era sempre feito em ordem cronológica (*time-oriented medical Record*).

No final do século XIX, o cirurgião William Mayo fundou o que hoje é reconhecida Mayo Clinic que, inicialmente, assim como em outros centros médicos, tinha seu prontuário separado para cada médico da instituição. Em 1907, a Mayo Clinic adotou um prontuário único para cada paciente. Desse modo, nascia o registro médico centrado no paciente (*patient-centered medical Record*).

Com o advento da acreditação hospitalar, em 1940, foram exigidos registros médicos organizados como requisito para se obter acreditação por parte do governo norte americano.

2.2 PRONTUÁRIO DE PAPEL

O prontuário de papel apresenta diversas desvantagens em relação ao prontuário eletrônico por limitações práticas, sendo ineficiente para o armazenamento e organização de grande número de dados (Sbatini, 1982; Van Ginneken e Moorman, 1997). Suas principais limitações são:

- ✓ pode estar em apenas em um lugar ao mesmo tempo;
- ✓ ilegibilidade;
- ✓ ambiguidade;
- ✓ perda frequente de informações;
- ✓ multiplicidades de pastas;
- ✓ dificuldade de pesquisas coletivas;
- ✓ falta de padronização;
- ✓ dificuldade de acesso;
- ✓ fragilidade do papel.

Apesar de contestáveis o prontuário de papel, bem estruturado, apresenta algumas vantagens em relação ao prontuário eletrônico (Van Ginneken e Moorman, 1997). São elas:

- ✓ facilidade para serem transportados;
- ✓ maior liberdade na forma de escrever;
- ✓ facilidade de manuseio;
- ✓ não requer treinamento especial;
- ✓ nunca fica “fora do ar”.

2.3 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Os primeiros sistemas de informação hospitalar apareceram na década de 60 e, inicialmente, tinham a finalidade de comunicação entre diversas áreas do hospital como prescrição médica, faturamento, controle de estoque, porém, sem finalidade clínica.

Em 1969, Lawrence Weed descreveu o chamado Registro Médico Orientado ao Problema (*Problem-Oriented Medical Record – POMR*), sugerindo que todos os registros ficassem organizados de modo a serem indexados por cada problema do paciente.

Em 1972 o National Center for Health Services Reserch and Development e o National Center for Heatlh Statistics dos Estados Unidos patrocinaram um congresso com objetivo de estabelecer uma estrutura para os registros médicos ambulatoriais.

Desse modo apareceram os primeiros sistemas: COSTAR, *Regenstrief Medical Record System* (RMRS), *The Medical Record* (TMR), *Sumary Time Oriented Record* (STOR) e ELIAS (Van Ginneken e Moorman, 1997; McDonald e Barnett, 1990).

Nas duas últimas décadas ocorreu extraordinário e rápido crescimento da informática. Através da internet e do sistema operacional Windows® ela atuou na área da saúde de forma exponencial, motivando o aparecimento de um novo campo da ciência: a Informática Médica que, segundo Blois e Shortliffe, pode ser definida como “um campo de rápido desenvolvimento científico que lida com armazenamento, recuperação e uso da informação,

dados e conhecimentos biomédicos para a resolução de problemas e tomada de decisão”.

Na década de 90, nos Estados Unidos, um estudo que posteriormente viraria um livro - *“The Computer-based Patient Record”*-, transformou-se em marco do prontuário eletrônico, trazendo novos conceitos, direcionando ações e definindo metas para melhoria dos sistemas. Em 1997 esse mesmo livro foi revisado e re-editado com novas discussões e atualização tecnológica (Dick, Steen, 1992 e Detmer, 1997).

No Brasil, podem-se citar projetos como o do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP) e do Instituto do Coração (Incor), que representam casos de sucesso e exemplo a serem seguidos.

Em 1999, foi criada a linha de pesquisa denominada “Protocolos informatizados” no Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, através de brilhante iniciativa e coordenação do Professor Dr. Osvaldo Malafaia. Ela representa oportunidade para criação de diversas bases eletrônicas de dados, de forma multidisciplinar, em diversas áreas da saúde e posteriormente incluída no SINPE© (denominação dada ao software).

MATERIAL E MÉTODO

3 MATERIAL E MÉTODO

A “Base eletrônica de dados clínicos e cirúrgicos em isquemia crônica de membros inferiores” é um estudo de caráter descritivo que respeita as normas para Apresentação de Trabalhos Científicos da Universidade Federal do Paraná.

A metodologia aplicada no desenvolvimento desse estudo pode ser dividida didaticamente em cinco fases:

1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E FORMAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS;
2. INFORMATIZAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS PARA CRIAÇÃO DOS PROTOCOLOS MESTRE E ESPECÍFICO;
- 3.. DISPONIBILIZAÇÃO DA BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DE ISQUEMIA CRONICA DE MEMBROS INFERIORES NO SINPE©;
4. APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO, SOB FORMA DE UM PROJETO PILOTO;
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS PELA COLETA DE DADOS DO PROJETO PILOTO.

3.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E FORMAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS

Inicialmente foi feita uma revisão sistemática e criteriosa dos principais compêndios consagrados na área de cirurgia vascular, bem como atualização através de artigos científicos dos últimos cinco anos. Após essa revisão, realizou-se a implantação da informação coletada no sistema e criação dos protocolos de Doenças Vasculares e em Isquemia Crônica de Membros Inferiores.

Na elaboração do projeto foi inicialmente necessário criar uma subdivisão dentro da especialidade médica de Cirurgia Vascular para definir áreas de desenvolvimento de protocolos específicos.

Os protocolos específicos foram criados levando-se em conta a prevalência e importância clínica das doenças vasculares.

Desse modo foram criados protocolos específicos e assim divididos em ordem alfabética:

- doenças aneurismáticas;
- insuficiência venosa crônica;
- isquemia crônica de membros inferiores;
- isquemia de membros superiores e troncos supra-aórticos;
- isquemia visceral crônica;
- oclusão arterial aguda;
- tromboembolismo venoso.

Por fim, e utilizando a base teórica do protocolo mestre, foi realizada a seleção/implantação da base eletrônica dos dados clínicos e cirúrgicos das quatro principais doenças causadoras de isquemia crônica de membros inferiores no SINPE©.

A divisão não segmentada, porém didática, foi estabelecida de acordo com livros-texto frequentemente utilizados (Rutherford et al., 2005), e assim segmentada: doença aneurismática, isquemia crônica de membros inferiores, oclusão arterial aguda, insuficiência venosa crônica e trombose venosa profunda.

Após a escolha do tema (isquemia crônica de membros inferiores), iniciou-se a seleção do material para a coleta dos dados, tendo sido necessário utilizar livros consagrados, pois nos mesmos estão contidas as atualizações e revisões recentes. Os livros-texto auxiliares foram: Doença Vascular Periférica (Maffei et al., 2008), Cirurgia Vascular (Brito et al., 2008), Haimovici's Vascular Surgery (Haimovici et al., 2006), Cirurgia Vascular (Rutherford et al. 2007). Após a composição da primeira estrutura do protocolo com esses livros, alguns tópicos necessitaram de livros-texto mais específicos. Assim foram usados: Mastery of Vascular and Endovascular Surgery (2005), Decision Making (Cronenwett et al., 2001), Cirurgia Endovascular (Lobato et al., 2006), Amputação e Reconstrução nas Doenças Vasculares e no Pé Diabético (Luccia et al., 2006).

Devido ao grande número de doenças causadoras de isquemia de membros inferiores encontradas nos livros-texto, sendo algumas muito raras, optou-se em selecionar as mais prevalentes e de maior interesse acadêmico, no intuito de tornar mais prático o manuseio do protocolo.

Definidas as doenças que compõem os protocolos específicos, iniciou-se a etapa de pesquisa bibliográfica detalhada através das bibliotecas médicas eletrônicas na internet e em revistas especializadas na área de cirurgia vascular, assim como nos livros já citados.

As bases de pesquisa na rede foram através dos endereços: www.bireme.br, www.medscape.com e www.pubmed.gov, pois oferecem buscas mais completas dos arquivos na área médica. A pesquisa baseou-se em artigos de revisão da literatura, artigos científicos focados na coleta de dados e casos clínicos publicados. Os artigos publicados antes de 1998 e utilizados nesse trabalho foram localizados a partir de referências dos livros-texto ou dos artigos iniciais.

Concluída a busca da parte teórica, as características e o quadro clínico de cada uma das doenças vasculares incluídas no protocolo mestre, foram montados protocolos específicos contendo anamnese, exame físico, antecedentes pessoais, exames complementares, terapêutica e evolução. Essas informações foram armazenadas utilizando-se o programa Microsoft Word XP®, da mesma forma que seriam dispostas no programa definitivo.

No protocolo específico em isquemia crônica de membros inferiores foram incluídas quatro doenças divididas por ordem decrescente de prevalência (Britto et al., 2008):

- doença aterosclerótica obstrutiva periférica (DAOP);
- tromboangeíte obliterante (TAO);
- síndrome do aprisionamento da artéria poplítea (SAAP);
- doença cística da adventícia da artéria poplítea (DCA-AP).

Os itens acrescentados, através de pesquisa individual sobre cada doença, geraram ou não subitens de várias ordens, de acordo com sua importância e prevalência. As alterações na disposição dos dados, como também as atualizações, foram feitas previamente no programa Microsoft Word XP®, antes de serem introduzidas no programa SINPE®, pois dessa forma foi

possível a visualização de todo o conteúdo e realização das correções necessárias.

3.2 INFORMATIZAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS PARA CRIAÇÃO DOS PROTOCOLOS MESTRE E ESPECÍFICO

Após a criação da base de dados foi escolhida a metodologia e a forma de introdução dos dados no SINPE©. O Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE©) é um programa de computador e foi concebido pelo Professor Dr. Osvaldo Malafaia, estando registrado no Instituto Nacional de Propriedade Industrial – INPI sob o número RS 06056-1. Foi desenvolvido em três etapas iniciadas em 1997, quando o programa passou por atualizações, sendo concluído em 2001. A execução desse trabalho requisiu equipe de profissionais especializados em informática, além de computadores, impressoras e outros programas. Atualmente, o programa trabalha com a linguagem C# (C-Sharp) associada à tecnologia *net Framework* da Microsoft®. O sistema gerenciador do banco de dados é o programa Access da Microsoft®, pois ele facilita a gravação e distribuição do programa em CD-ROM. O novo programa encontra-se em funcionamento no Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica auxiliando alunos na confecção de protocolos, assim como foi utilizado neste trabalho. A maneira de instalação em CD-ROM segue de acordo com a maioria dos programas manuseados rotineiramente, não oferecendo dificuldades. O programa exige, para operar, um sistema com configuração mínima de Microsoft Windows 98®, com 32 *megabytes* de memória RAM e disco rígido de 500 *megabytes*. Através de CD-ROM, instalado em computador pessoal, portátil (HP Pavilion dv2000) e passou a ser acessado através de um ícone personalizado na área de trabalho (figura 1). Foi fornecida permissão pelos responsáveis do seu desenvolvimento, a qual possibilita a criação e modificação de um protocolo das doenças vasculares. Com a seleção do ícone abre-se tela com as opções de conexão de rede (figura 2)

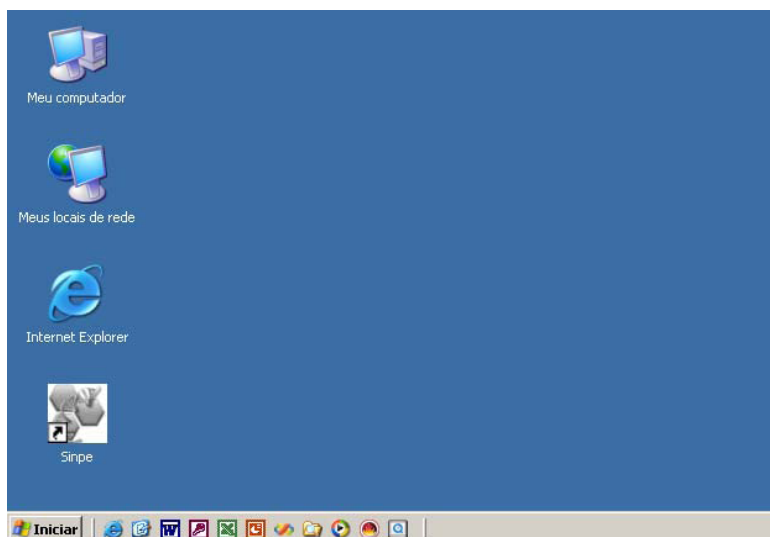


FIGURA 1 – APRESENTAÇÃO DO SINPE©

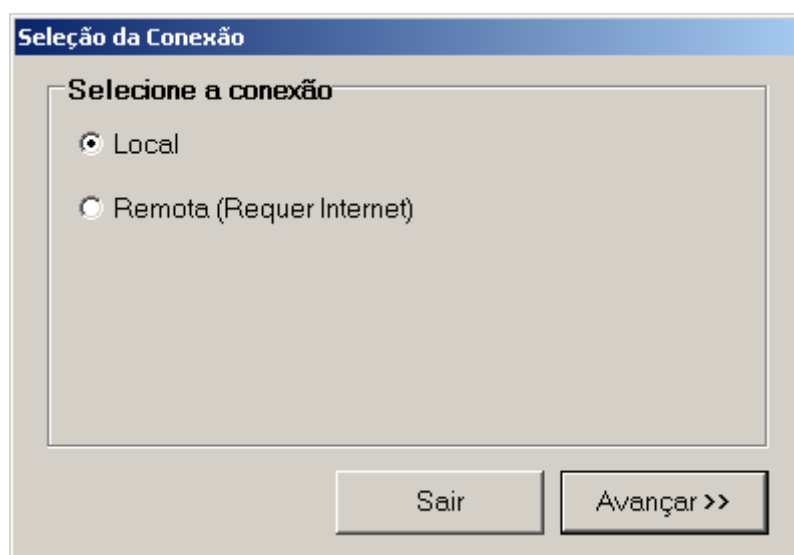


FIGURA 2 – SELEÇÃO DA CONEXÃO DO PROTOCOLO

Como a maneira de trabalho para a inserção dos dados para este protocolo não requer conexão com outras redes, selecionou-se a opção local. Abrirá, então, uma nova tela para identificação do usuário (*login*), digitação da senha e da instituição (figura 3). De acordo com a senha digitada, o sistema abre os acessos liberados aquele usuário.

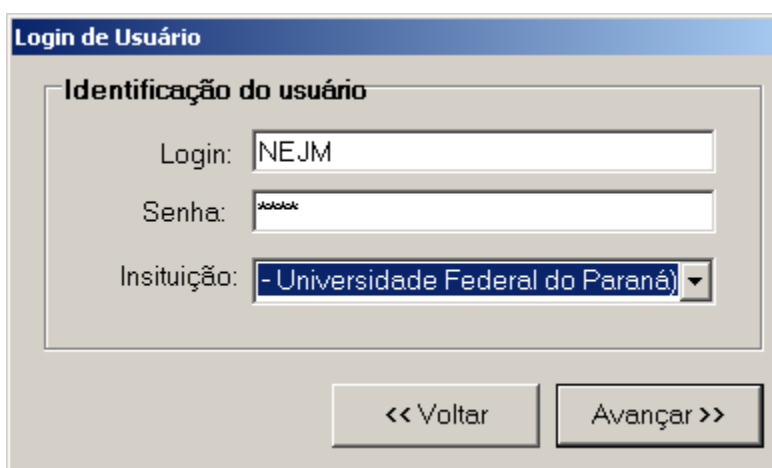


FIGURA 3 – PREENCHIMENTO DO LOGIN, SENHA E INSTITUIÇÃO

Existem quatro tipos de permissão que são dadas para acesso ao protocolo: administrador, coletor, visualizador e pesquisador, assim como também existem três tipos de usuários: super usuário, criador de protocolo e comum. A senha de usuário comum é destinada aos coletores de dados, visualizadores e pesquisadores, ou seja, para aqueles que acompanham os pacientes, a pesquisa, ou que coletam dados relacionados a pacientes que serão inseridos no programa. A estes, não se permite a alteração de dados tanto do protocolo mestre quanto dos específicos, sendo-lhes permitido apenas incluir pacientes. O criador de protocolo tem liberdade para desenvolver novos trabalhos e modificá-los. O “super usuário” controla todos os protocolos criados podendo intervir em qualquer um deles, se devidamente liberado. A permissão dada ao administrador deste protocolo é de super usuário (figura 4) e, assim, apresenta liberdade de criação e alteração do seu conteúdo.

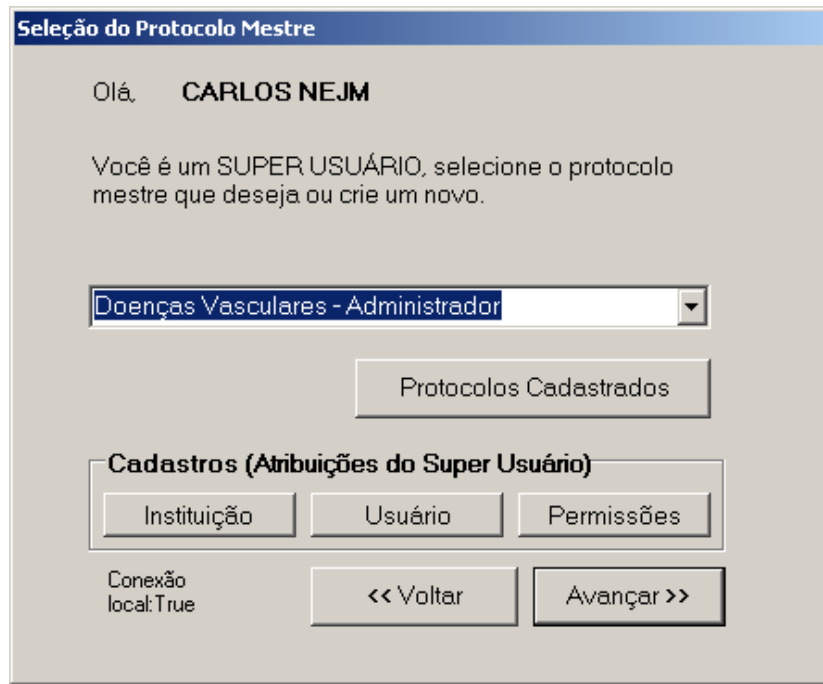


FIGURA 4 – SELEÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE DE ACORDO COM O TIPO DE USUÁRIO

3.2.1 EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE

A seleção no item avançar abre a tela demonstrativa do protocolo (figura 5), que necessita ser aberta através da sua raiz (protocolos). Com a seleção, dois itens aparecerão como opção: protocolo mestre e protocolo específico. Também o programa pode ser encerrado se a opção sair for selecionada.

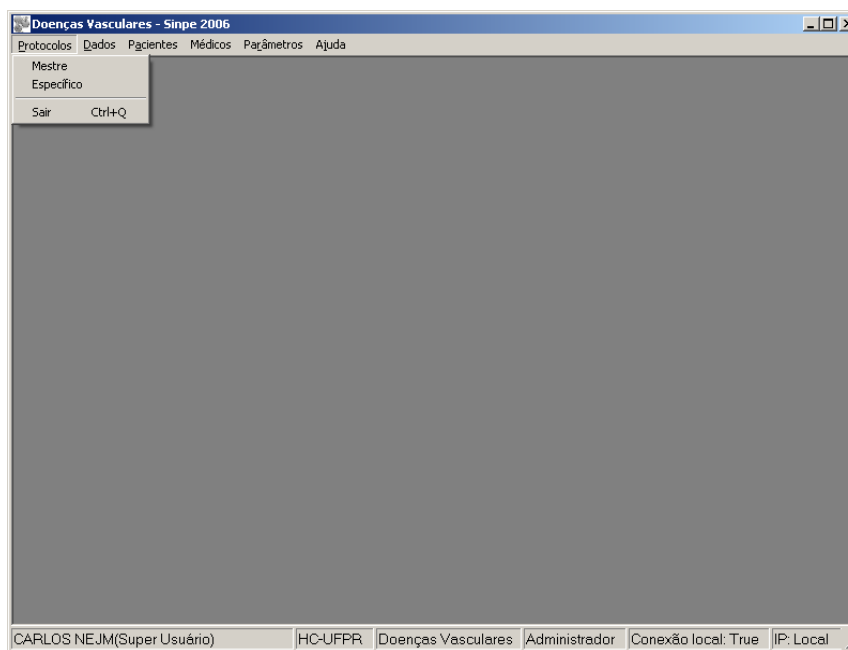


FIGURA 5 – TELA DE ABERTURA DO PROTOCOLO MESTRE

A maneira de transferir os dados formulados ao computador para a criação do protocolo de Doenças Vasculares foi dividida com a criação de dois locais de armazenamento. No protocolo mestre, foram colocadas todas as informações pertinentes às doenças pré-definidas, separadas adequadamente em pastas principais, que nada mais são que divisões didáticas comumente empregadas. No segundo local de armazenamento, chamado protocolo específico, foram lançados os dados das doenças citadas acima, obedecendo a mesma ordem de disposição das pastas do protocolo mestre com os respectivos itens provenientes deste. Cada dado pode ser adicionado através da seleção de um dos botões localizados na barra de trabalho da parte inferior do protocolo mestre (figura 6). O ícone “adicionar irmão” é usado quando se deseja incluir algum dado da mesma ordem, assim como o ícone “adicionar filho” é usado quando se deseja adicionar algum item relacionado ao dado selecionado. O programa funciona como sistema de árvore e adiciona automaticamente o sinal positivo (+) ao lado do item que possuir subitens (filhos). Também não se pode ter itens de mesma ordem com a mesma denominação. Se assim for tentado, o programa orientará o administrador com uma mensagem. Quando se acrescenta um dado, abre-se uma janela para seleção do tipo de item. Existem duas opções: única ou múltipla escolha (figura 7). Quando um dado é inserido como seleção única, outros de mesma ordem

não podem ser assinalados juntamente a ele durante a coleta. Em contrapartida, dados que podem ser escolhidos com mais de uma alternativa, são chamados de itens de seleção múltipla. Cada dado incluído apresenta-se como uma destas alternativas.

No programa, os itens de única escolha são visualizados com um círculo (○) ao seu lado esquerdo, assim como os de múltipla escolha, na mesma orientação com um quadrado (□) para marcação. Dados também podem ser retirados do protocolo mestre através do ícone “remover da barra de trabalho”, não permitindo serem recuperados, nem seus subitens aqui denominados de filhos (figura 6). Cada item adicionado ao protocolo mestre é automaticamente salvo, mesmo quando o programa é fechado após sua inclusão. A opção “atualizar” deve ser utilizada quando se deseja alterar algum dado incluído, sem, porém, ser necessário retirá-lo do protocolo.

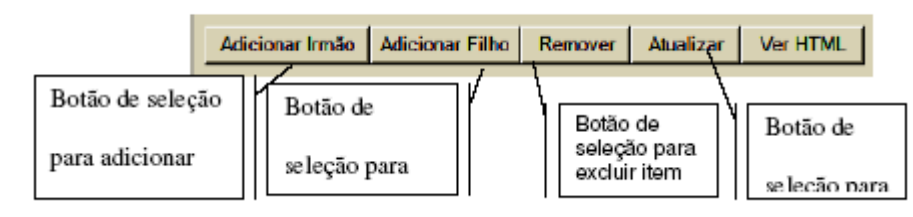


FIGURA 6 – BARRA DE TRABALHO DO PROTOCOLO MESTRE

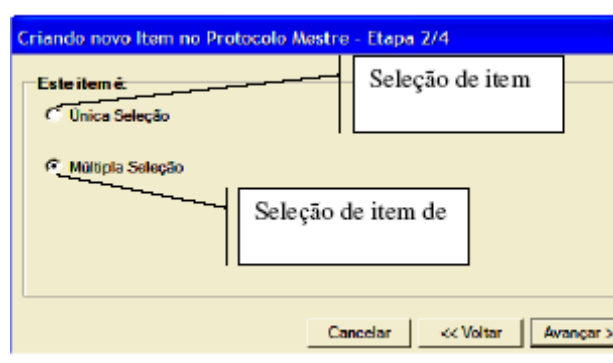


FIGURA 7 – SELEÇÃO DO TIPO DE ITEM

Cada item pode conter texto, som, imagem e vídeo. Assim, cada vez que um novo dado é adicionado, é possível a introdução de uma explicação

detalhada no quadro de descrição, bem como a adição de sons, vídeos e imagens provenientes de outros arquivos e programas salvos no computador. Arquivos podem ser introduzidos no programa através de CD-ROM, DVD-R e, de outra forma, podem ser anexados através de conexões como a internet, o *bluetooth* e o infravermelho.

Os seis itens de primeira ordem, que são visualizados com a abertura do protocolo mestre foram nomeados pastas principais. Assim como na maioria dos livros médicos e de acordo especificamente com aqueles utilizados na execução deste trabalho, eles foram distribuídos para facilitar a visualização dos itens no trabalho de coleta, pois o coletor poderá optar por não abrir algumas destas pastas se não dispuser de dados para as mesmas. As seis pastas principais foram dispostas nesta ordem: anamnese, exame físico, exames complementares, diagnóstico, tratamento e evolução. A partir da criação dessas pastas, ramificações foram possíveis.

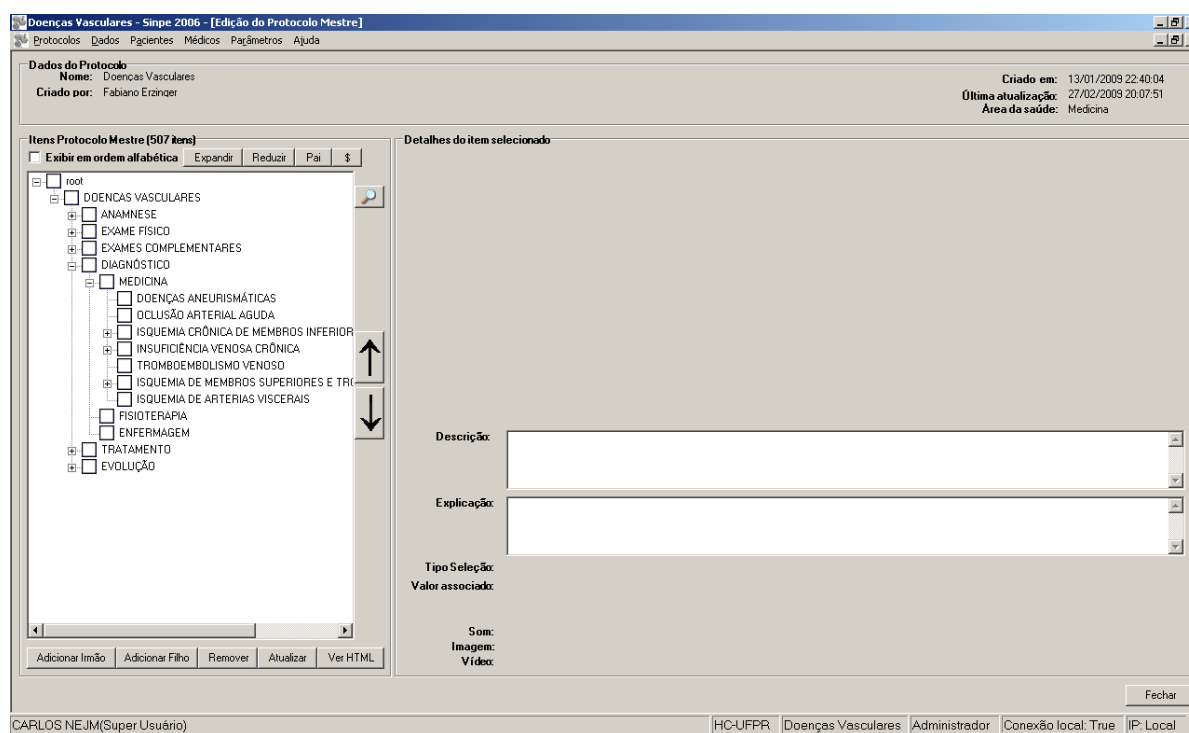


FIGURA 8 – EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE

A figura 8 apresenta os dados do protocolo mestre, data da criação e última atualização, área da saúde a que pertence, total de itens do protocolo e os seis principais itens desse protocolo: anamnese, exame físico, exames

complementares, diagnóstico, tratamento e evolução. No lado direito existem dois espaços destinados aos detalhes do item selecionado, como descrição e explicação do item, tipo de seleção, valor associado, som, imagem ou vídeo.

Os subitens de anamnese são os dados referentes a história da moléstia atual, antecedentes mórbidos pregressos e fatores de risco, antecedentes mórbidos familiares e condições e hábitos de vida (figura 9)

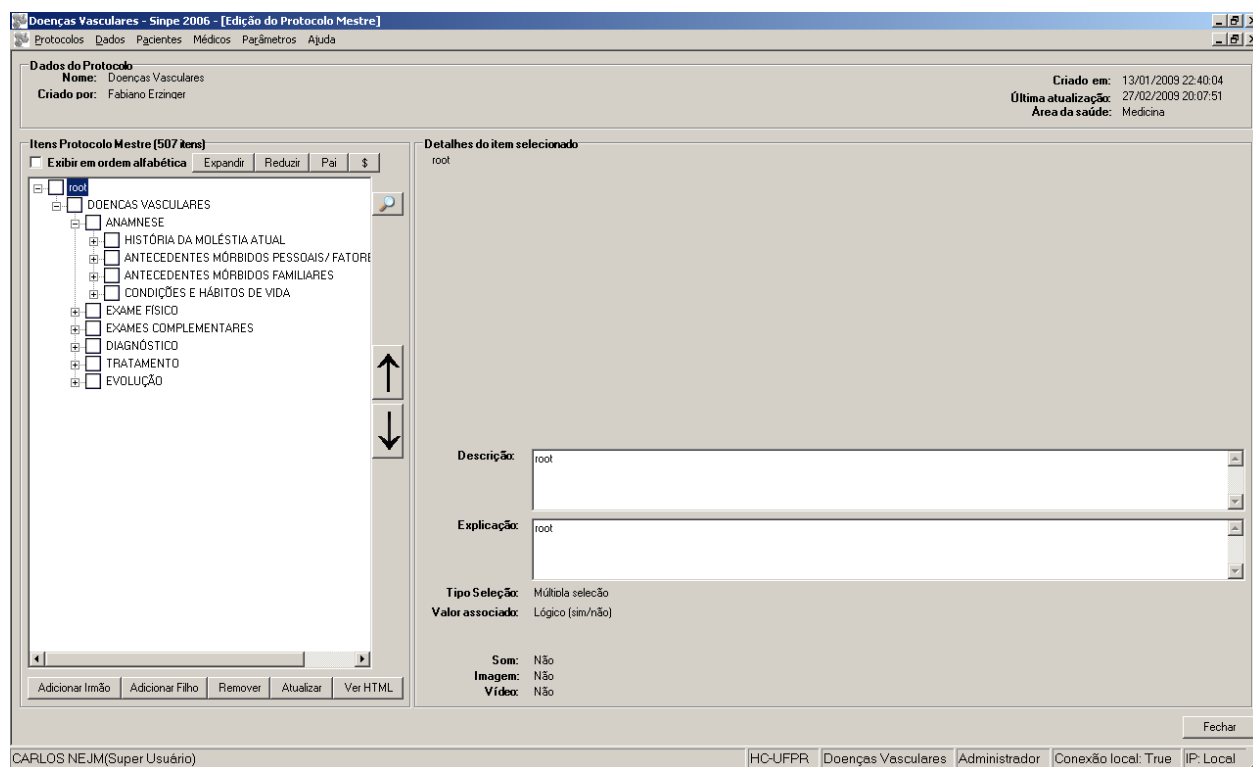


FIGURA 9 – SUBITENS DE ANAMNESE

Cada subitem da anamnese possui tantas ramificações quantas forem necessárias. Por exemplo: ao abrir-se o subitem sintomático, aparecerão 44 sinais e sintomas relacionados com os protocolos específicos. Ao abrir-se qualquer um dos 44 itens, este abrirá nova ramificação (figura10).

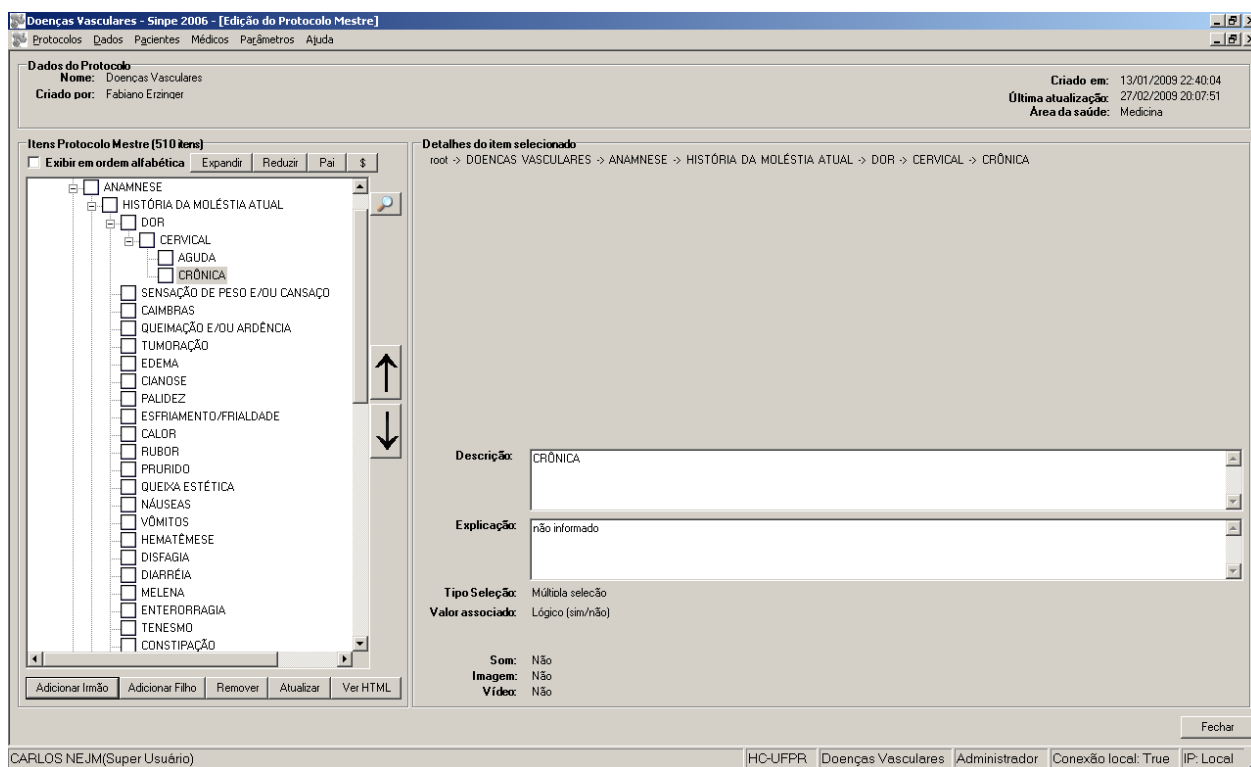


FIGURA 10 – RAMIFICAÇÃO DE SUBITENS

O mesmo pode acontecer com todos os seis itens principais totalizando, até o momento, mais de 5000 itens como evidenciado na figura 11.

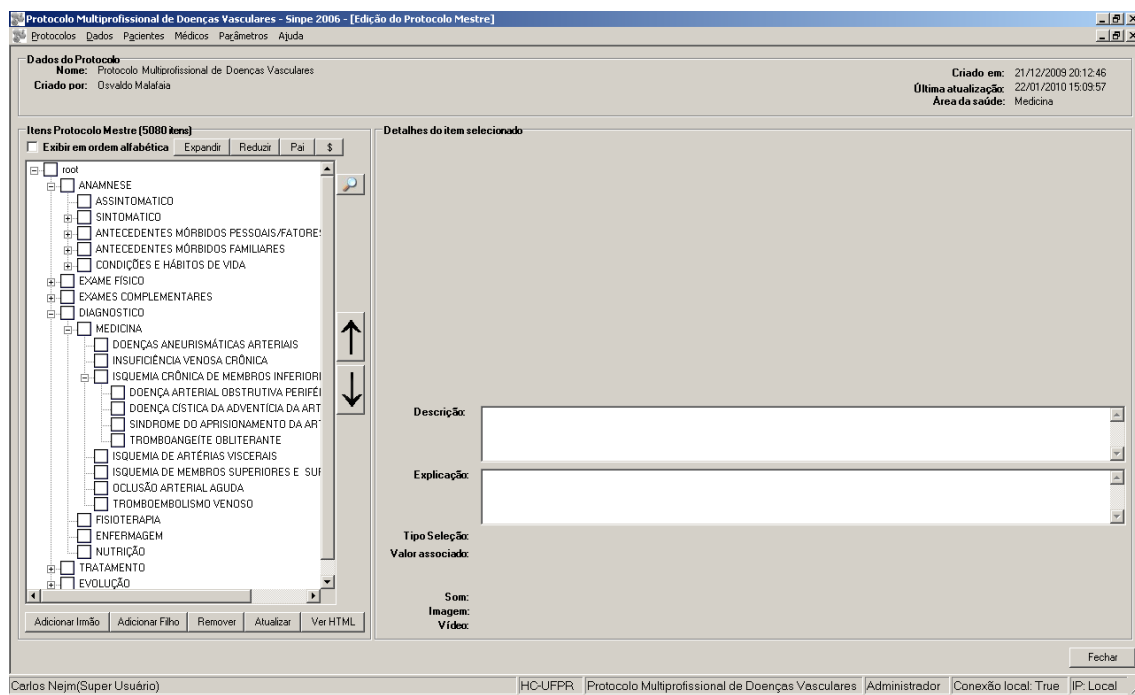


FIGURA 11 – RAMIFICAÇÕES DE SUBITENS DE DIAGNÓSTICO DE DAOP

3.2.2 DEFINIÇÃO E EDIÇÃO DOS PROTOCOLOS ESPECÍFICOS

O próximo passo no trabalho foi o cadastro dos sete protocolos específicos. A área de trabalho deve ser aberta previamente através da raiz que contém a seleção de abertura dos dois protocolos (figura 12).



FIGURA 12 – SELEÇÃO DO TIPO DE PROTOCOLO

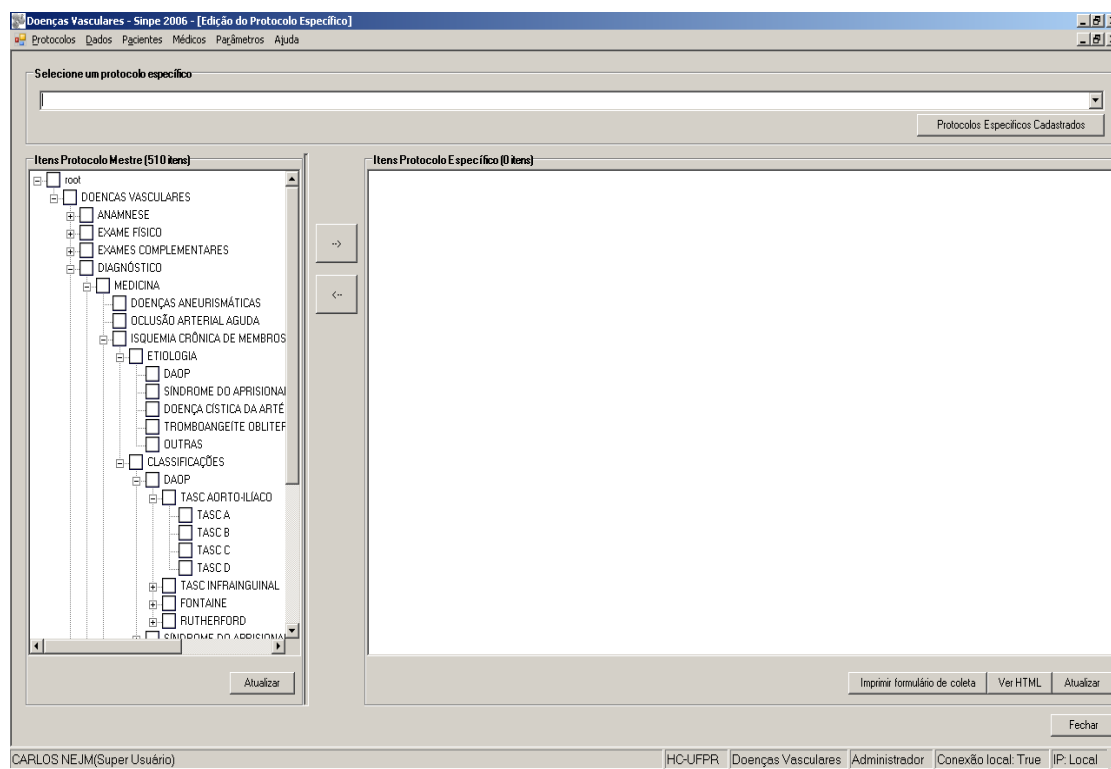


FIGURA 13 – ACESSO PARA BUSCA E CADASTRO DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS

Uma barra de trabalho localizada na parte inferior da tela de cadastro (figura 14) tem a finalidade de inserir, excluir ou alterar qualquer uma das doenças. Um espaço é aberto para a digitação do nome que, após a seleção, deve ser gravado na barra de trabalho da tela.

idProtocoloEs	sNomeProtocolo	sDescricaoPr	dDataCriacao	dDataUltimaA
2	ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES	não informad	27/02/2009	27/02/2009

FIGURA 14 – CADASTRO OU ACESSO AOS PROTOCOLOS ESPECÍFICOS

Todos os protocolos específicos foram cadastrados e, na sequência, foi realizada a montagem do conteúdo de cada doença com suas características.

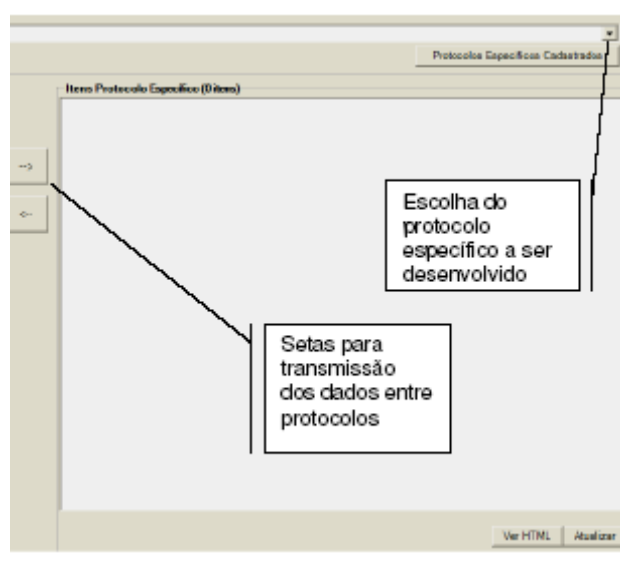


FIGURA 15 – ESCOLHA E EDIÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO

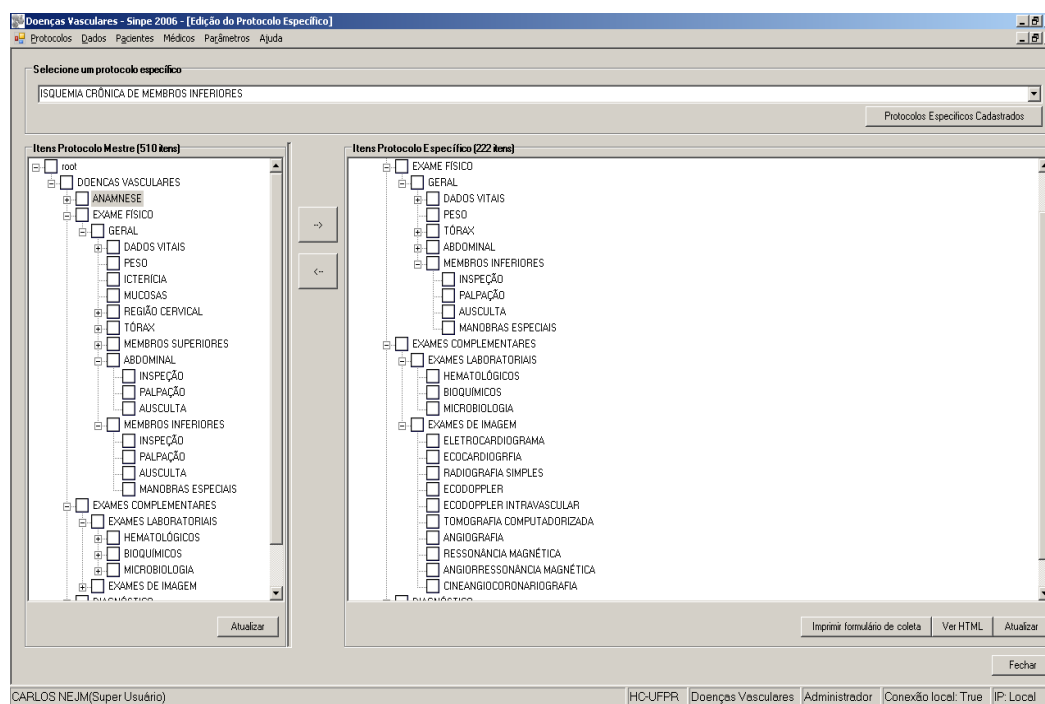


FIGURA 16 – MODELO DE PROTOCOLO ESPECÍFICO

A montagem dos protocolos específicos é simples. A tela aberta para sua criação (figura 15) possui um botão para seleção de qualquer um dos sete protocolos cadastrados, e as duas setas na sua parte esquerda servem para transmissão dos dados desejados para aquela doença. Para criar um protocolo específico para Isquemia crônica de membros inferiores, como exemplo, primeiro deve-se selecioná-lo. Em seguida capturam-se, por intermédio de setas de transmissão, os dados referentes à anamnese e sequencialmente das outras pastas do protocolo mestre pertinentes. Assim, todas as características dessa doença serão obrigatoriamente incluídas. Desta maneira, todas as doenças do protocolo específico foram montadas e revisadas.

3.3 DISPONIBILIZAÇÃO DA BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DE ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES NO SINPE©

Todos os itens que fazem parte dos protocolos mestre e específico foram informatizados em um programa que permitiu sua incorporação ao SINPE©. A idéia de criação desse dispositivo tem por finalidade possibilitar que outros investigadores façam pesquisa e coleta de dados em centros diversos e também que esse programa possa ser manuseado à distância.

Quando não se possui o SINPE© instalado no computador, previamente por CD-ROM, a manipulação e inclusão dos protocolos também podem ser feitas. O acesso remoto ao SINPE© pode ser feito via internet através do endereço www.sinpe.com.br. Dessa forma, a atualização do banco de dados do protocolo e as coletas podem ser feitas de qualquer lugar do mundo.

O banco de dados das coletas multicêntricas é único, e por isso criaram-se regras de segurança para manipulação do sistema. O usuário do protocolo deve estar cadastrado em apenas uma instituição. O super-usuário poderá dar permissão para que um usuário possa visualizar, coletar e administrar um protocolo, mesmo sendo ele de outra instituição. Nas pesquisas, o SINPE© considera os dados de todas as instituições participantes, porém, omite os dados relativos à identificação do paciente.

A estrutura de montagem do SINPE© permitiu o seu desenvolvimento em outras interfaces como a *Internet Explorer®*, por exemplo. Já está disponível seu uso em outros dispositivos de computação móvel como o *pocket PC*, *PDA*s e telefones celulares. Essa diversidade de meios de utilização do SINPE© confere a ele grande facilidade na coleta de dados e na sua portabilidade.

3.5 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO, SOB FORMA DE UM PROJETO PILOTO

Para a execução do projeto piloto com a aplicação do protocolo informatizado, foi selecionado como instituição o Serviço de Cirurgia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Inicialmente, foi realizada junto ao serviço de informática do HC-UFPR pesquisa para se buscar os internamentos realizados, no segundo semestre de 2009, de pacientes com isquemia crônica de membros inferiores.

Desse modo, o protocolo eletrônico foi aplicado a uma amostra de 36 pacientes, de forma retrospectiva, com o objetivo de testar sua funcionalidade e validar a sua aplicabilidade para a coleta de informações destinadas à elaboração de pesquisas científicas.

3.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS PELA COLETA DE DADOS DO PROJETO PILOTO.

Após a coleta de dados realizada no projeto piloto, foi utilizado o módulo denominado SINPE Analisador© para interpretação das informações coletadas.

O módulo SINPE Analisador© é um programa independente e foi desenvolvido na linha de pesquisa de Protocolos Eletrônicos da Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da UFPR em 2005, tendo sido tema da tese de doutorado do Prof. Dr. José Simão de Paula Pinto (PINTO, 2005).

O objetivo do módulo é disponibilizar uma interface que permita a rápida visualização de informações contidas nos protocolos eletrônicos do SINPE©, e que seja capaz de gerar gráficos, estatísticas, imprimir e salvar resultados e exportar dados (PINTO, 2005).

Todas as funcionalidades mencionadas anteriormente foram objeto de avaliação ao longo deste trabalho.

4 RESULTADOS

A criação do protocolo mestre em Doenças Vasculares, bem como o protocolo específico em Isquemia Crônica de Membros Inferiores foi factível.

O protocolo mestre foi criado de tal maneira a suportar a criação de qualquer outro protocolo específico que se deseje incluir, pois os dados incluídos englobam todas as doenças vasculares.

Os resultados serão analisados em três fases:

- ✓ apresentação dos resultados de elaboração do protocolo eletrônico mestre de doenças vasculares;
- ✓ apresentação dos resultados da elaboração do protocolo específico de Isquemia Crônica de Membros Inferiores;
- ✓ apresentação dos resultados do projeto piloto, realizando:
 - a. estudo descritivo dos dados levantados e
 - b. estudo analítico correlacionando:
 - i. incidência de isquemia miocárdica definida por eco stress farmacológico com uso de dobutamina ou dipiridamol;
 - ii. necessidade de endarterectomia de carótida em pacientes com isquemia crônica de membros inferiores.

Assim como os outros protocolos anteriormente criados, o acesso ao SINPE© se faz através do ícone encontrado na área de trabalho (figura 17)

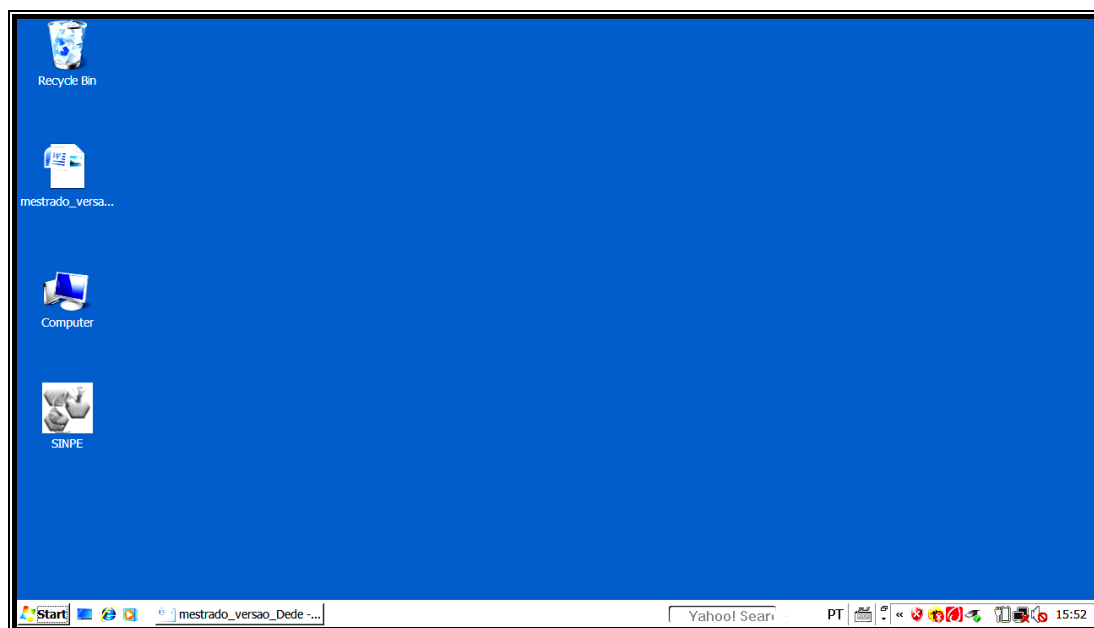


FIGURA 17 – ACESSO AO SINPE©

4.1 PRIMEIRA FASE: APRESENTAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE EM DOENÇAS VASCULARES

O protocolo mestre em Doenças Vasculares possui no momento 5068 itens. Esse valor pode ser alterado a partir do momento em que os protocolos específicos forem criados, bem como do tratamento e evolução das doenças que formam os protocolos específicos.

Inicialmente, o protocolo mestre foi dividido da seguinte maneira (figura 18):

- ✓ anamnese
- ✓ exame físico
- ✓ exames complementares
- ✓ diagnóstico
- ✓ tratamento
- ✓ evolução

Os itens tratamento e evolução serão realizados conforme cada protocolo específico criado e/ou estudado.

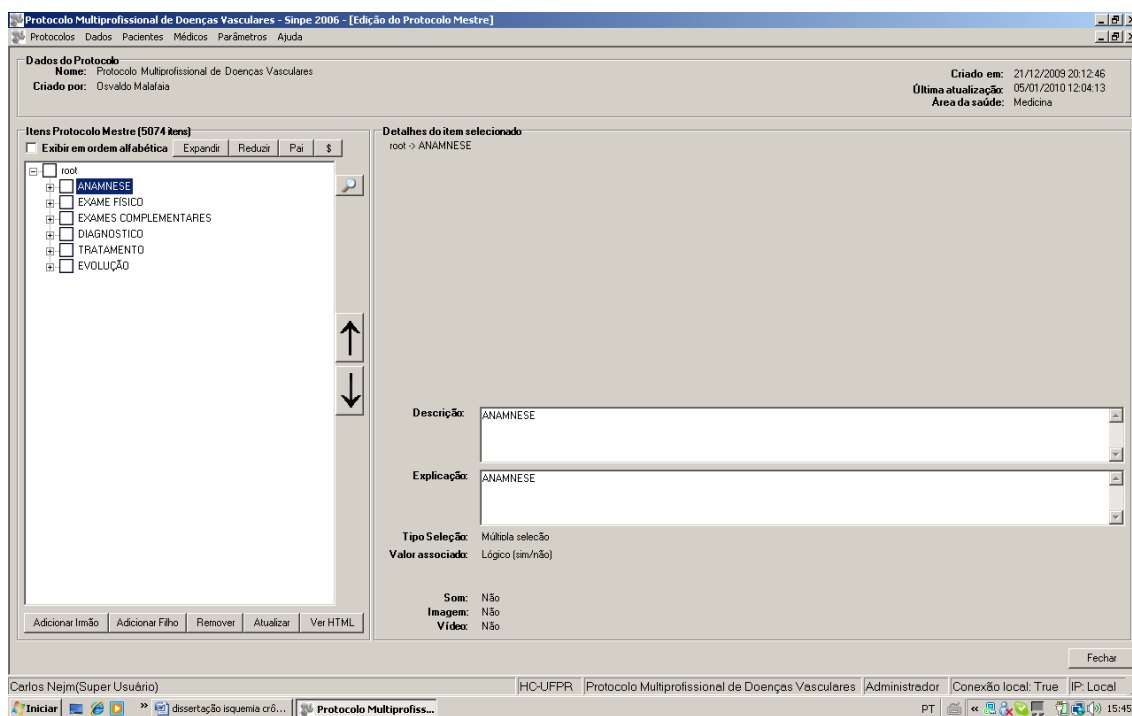


FIGURA 18 – PROTOCOLO MESTRE

Ao selecionar-se o item Anamnese aparecerão os subitens (figura 19): assintomático, sintomático, antecedentes mórbidos pessoais/ fatores de risco, antecedentes mórbidos familiares e condições e hábitos de vida.

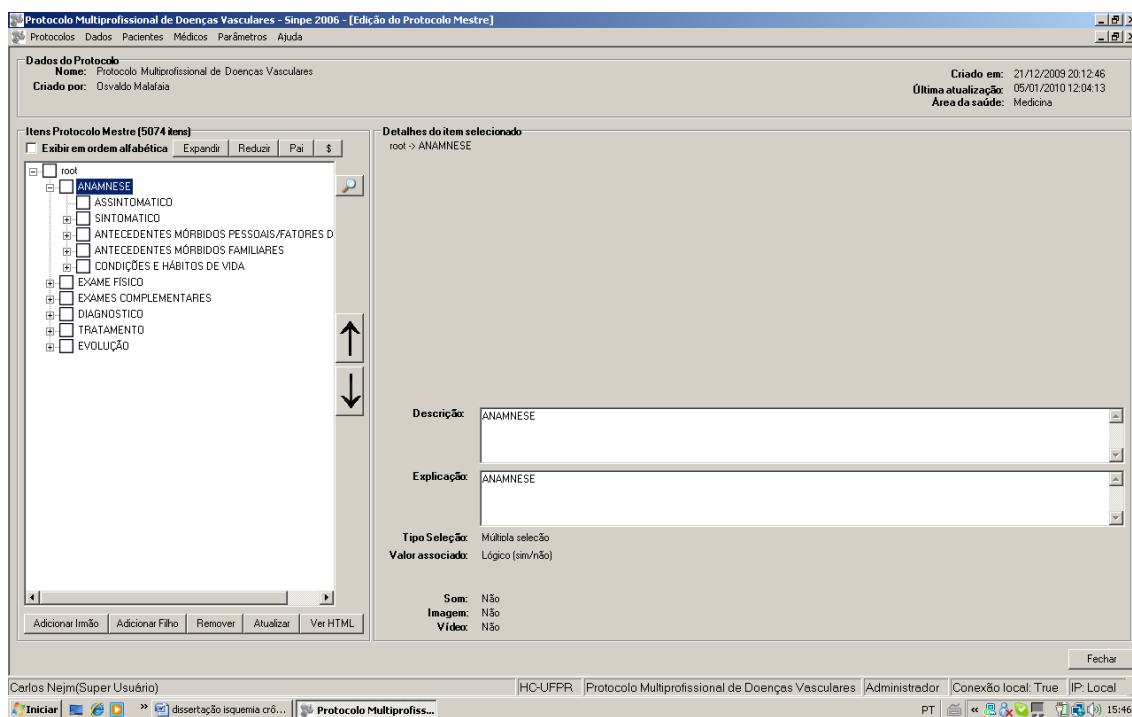


FIGURA 19 – SUBITENS DE ANAMNESE

Todos os subitens de Anamnese possuem ramificações de modo que, se escolher-se o subitem “sintomático”, aparecerão 44 sinais e sintomas relacionados com alguma doença vascular que por sua vez também podem apresentar ramificações (figura 20).

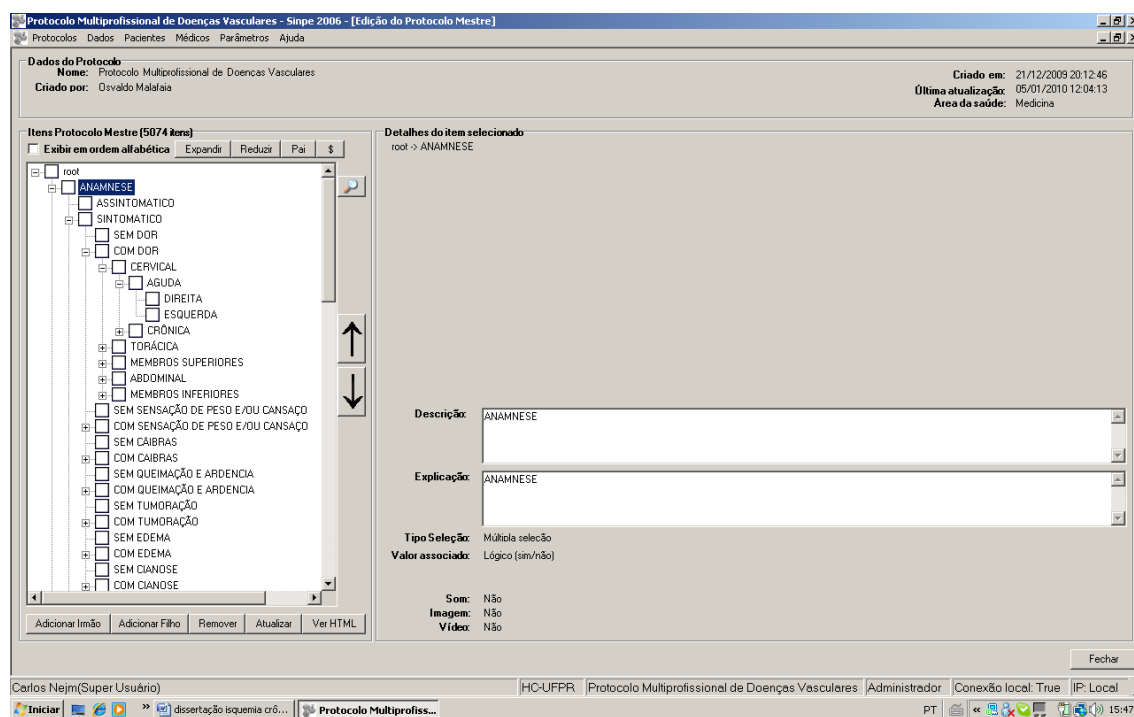


FIGURA 20 – RAMIFICAÇÕES DE SINTOMÁTICO

Este processo pode ser realizado em qualquer subitem da anamnese conforme seja necessário

O item exame físico foi criado também para abranger qualquer doença vascular, ficando dividido da seguinte forma (figura 21): exame geral, região cervical, torácico, membros superiores, abdominal e membros inferiores.

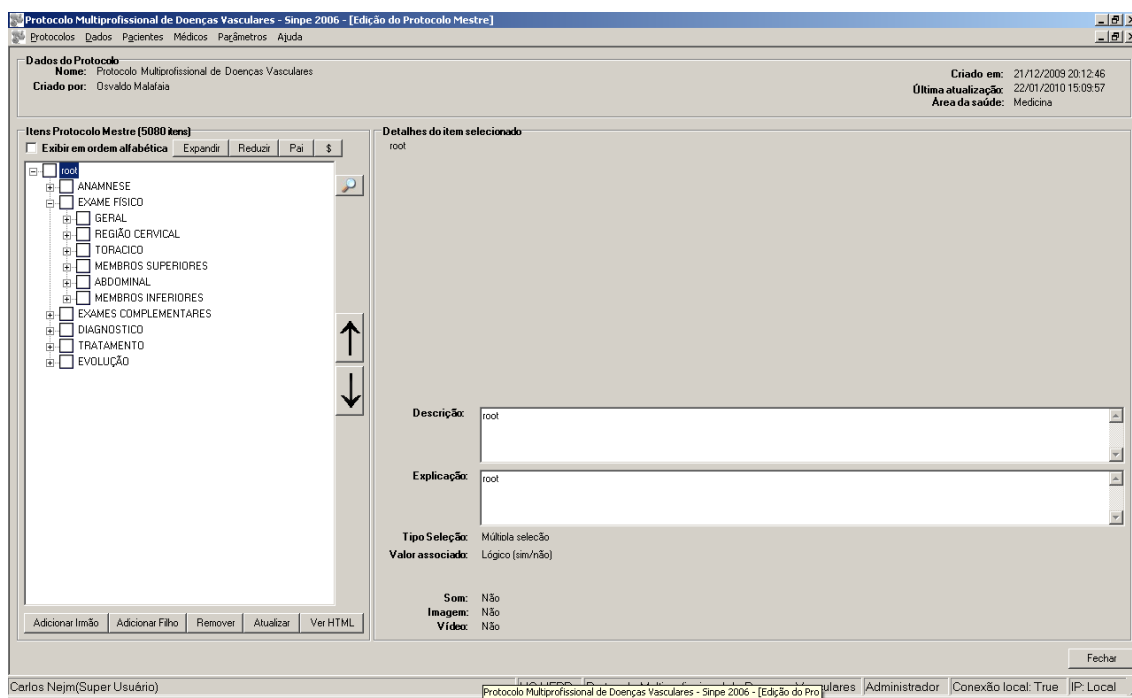


FIGURA 21 – EXAME FÍSICO

Se necessário, ou desejado, pode-se ramificar todos os subitens (figura 22).

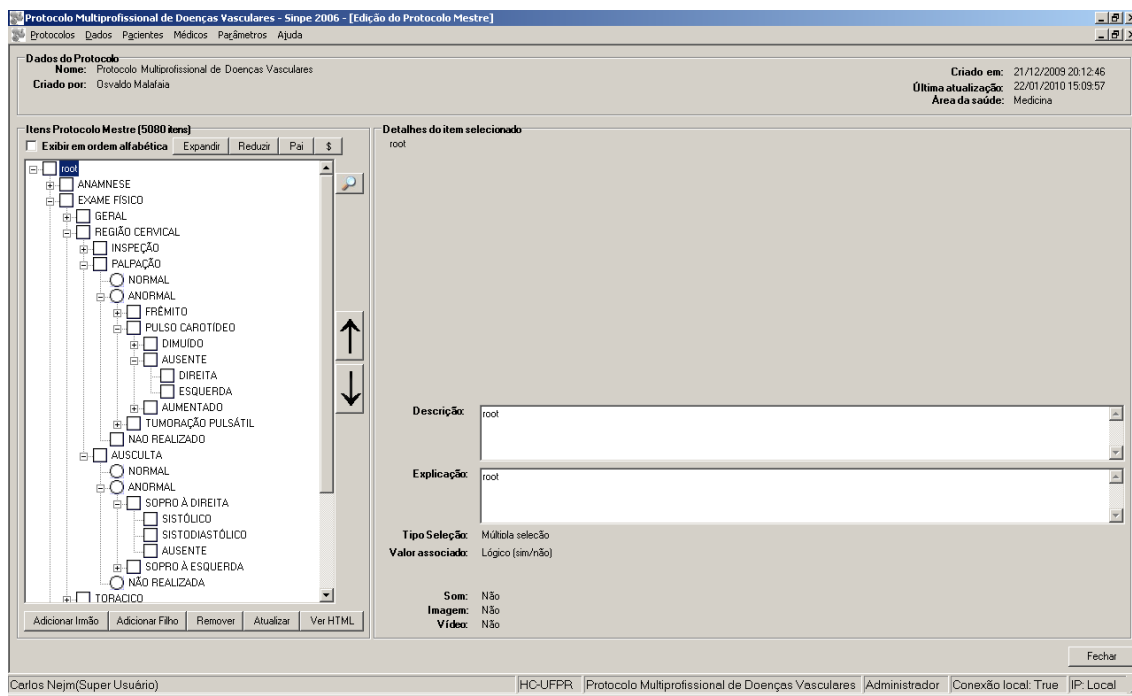


FIGURA 22 – RAMIFICAÇÃO DE SUBITENS DE EXAME FÍSICO

Os exames complementares utilizados em cirurgia vascular foram divididos em dois grandes grupos: exames laboratoriais e exames de imagens (figura 23).

Todos os exames complementares foram incluídos no protocolo mestre, bem como suas alterações possíveis. Se, com o avanço da medicina, surgirem novos exames, esses poderão ser incluídos, uma vez que o protocolo aceita que novos itens sejam adicionados.

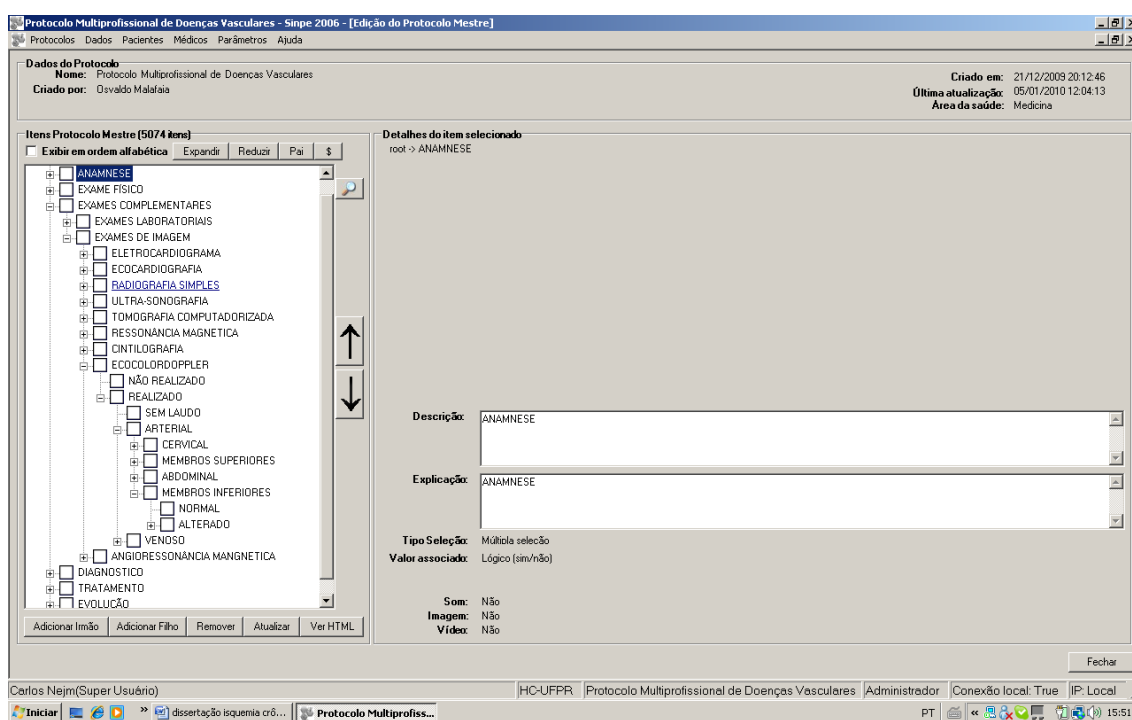


FIGURA 23 – EXAMES COMPLEMENTARES

4.2 SEGUNDA FASE: APRESENTAÇÃO DA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO EM ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES

Os protocolos específicos foram criados a partir de uma base de dados criados no protocolo mestre. Desse modo, os dados a serem utilizados no protocolo de Isquemia Crônica de Membros Inferiores fazem parte da base de dados utilizada na criação do protocolo mestre.

Inicialmente, abre-se a tela do SINPE© (figura 24), abrindo a tela referente ao protocolo específico. Dentre os protocolos específicos,

previamente cadastrados, seleciona-se o protocolo que se deseja editar (figura 25).

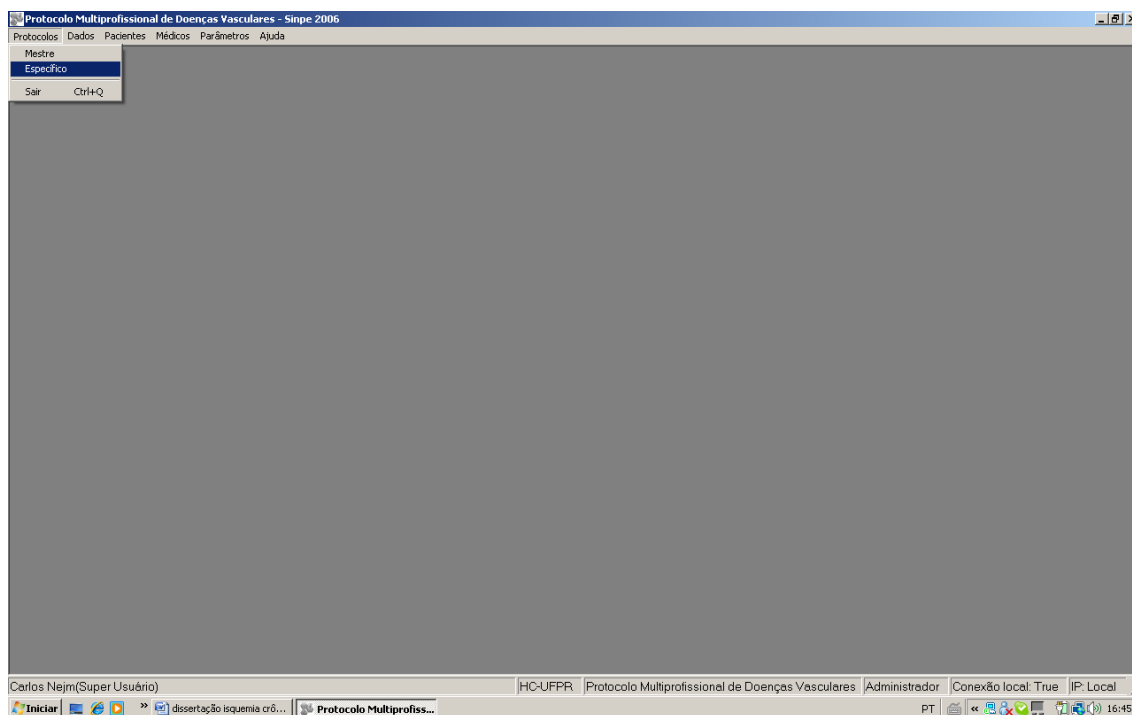


FIGURA 24 – SELEÇÃO DO ITEM PROTOCOLO ESPECÍFICO

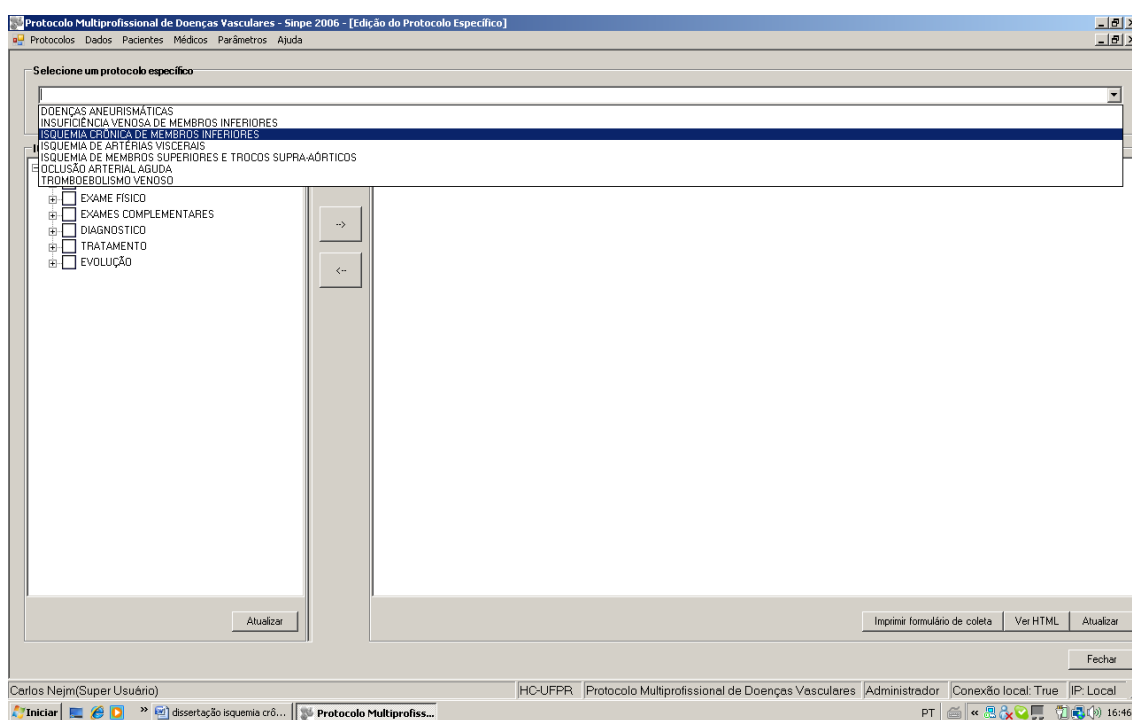


FIGURA 25 – SELEÇÃO DO PROTOCOLO DE ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES

Desse modo, todos os itens do protocolo mestre relevantes para o protocolo específico são selecionados e enviados para o mesmo. Além disso, pode-se também retirar alguns itens do protocolo específico, que não se queira utilizar fazendo uso da mesma ferramenta do SINPE© (figura 26).

Este procedimento pode ser utilizado a qualquer momento.

Assim sendo, e após selecionar os itens que farão parte do protocolo específico em Isquemia Crônica de Membros Inferiores, o protocolo obteve 4612 itens, que fazem parte de sua base de dados.

Essa base será a mesma para todas as doenças deste protocolo (Doença Arterial Obstrutiva Periférica, Doença Cística da Adventícia da Artéria Poplítea, Síndrome do Aprisionamento da Artéria Poplítea e Tromboangeíte Obliterante) ou de outras, que poderão ser incluídas futuramente.

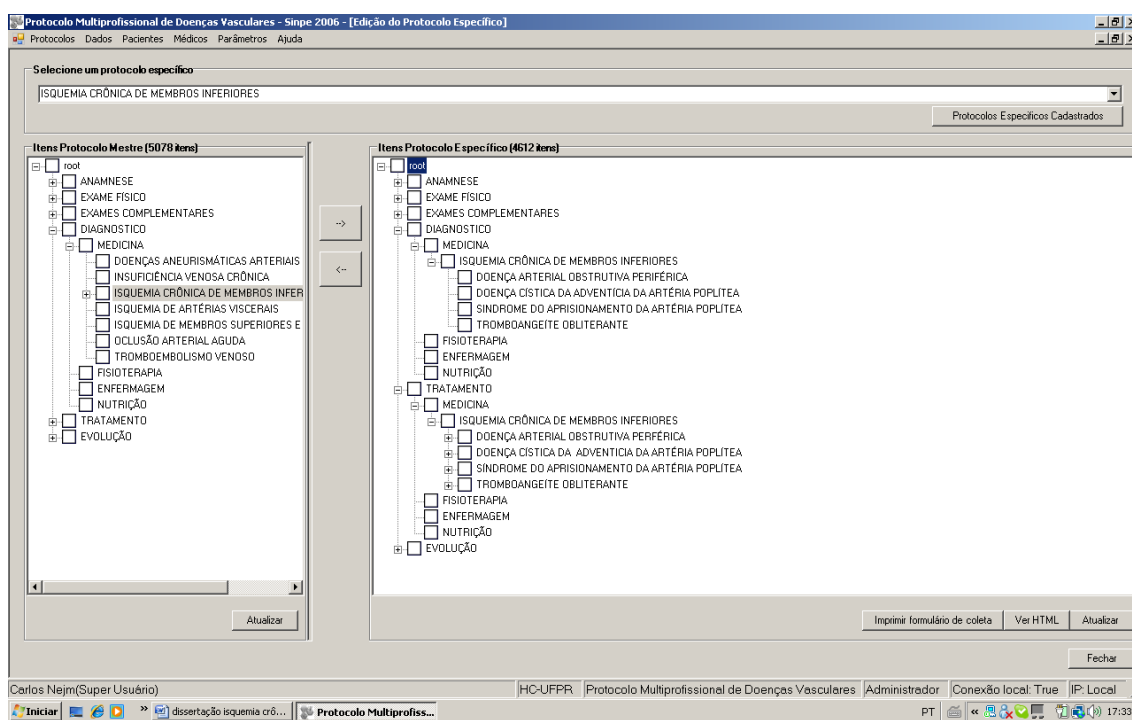


FIGURA 26 – SELEÇÃO DOS ITENS DO PROTOCOLO ESPECÍFICO

Para iniciar o cadastro de um paciente, é necessário acessar o ícone *Paciente* no menu principal e, depois, o comando *Cadastro*. A tela apresentará uma figura, que permitirá preencher os *Dados do paciente* (*código, nome, raça, sexo, profissão e outros*).

Em seguida, gravam-se os dados através do comando *Gravar*. Apresenta-se a lista dos pacientes cadastrados na parte inferior da tela com os itens: *Nome do paciente*, *Instituição a que pertence*, *Data e Identificação do usuário* (figura 27).

Cadastro de Pacientes

Dados do Paciente

Código: 4

Nome: CLARINDA SIQUEIRA DA COSTA

Sexo: Feminino

Raça: Branca

Profissão: DO LAR

D. Nasc.: 08/06/1938

Prontuário: 21022370

Doc. RG.: 0000

Doc. CPF: 0000

Outro Doc.: 0000

N. Outro Doc.: 0000

Inserir Excluir Alterar Cancelar Gravar

Pacientes Cadastrados

idPaciente	sNomePacien	idInstitucao	sNomeInstitu	dDataCadastr	idUsuarioCad	sNomeUsuari	dDataUltimaA	idUsuarioUlti	sNomeUsuari	sSexo	SexoDescrica	sRaca	RacaDescrica	sProfissao	dDataNascim	sN
4	CLARINDA S	1	HC - Universi	22/01/2010	3	Carlos Nejm	22/01/2010	3	Carlos Nejm	F	Feminino	B	Branca	DO LAR	08/06/1938	210
3	JOSE COST	1	HC - Universi	22/01/2010	3	Carlos Nejm	22/01/2010	3	Carlos Nejm	M	Masculino	B	Branca	APOSENTAD	15/09/1945	210
5	MARIA D LO	1	HC - Universi	22/01/2010	3	Carlos Nejm	22/01/2010	3	Carlos Nejm	M	Masculino	B	Branca	APOSENTADA	06/06/1945	210
2	RUBENS AN	1	HC - Universi	06/01/2010	3	Carlos Nejm	22/01/2010	3	Carlos Nejm	M	Masculino	B	Branca	APOSENTAD	16/03/1941	210
6	WALFREDO	1	HC - Universi	22/01/2010	3	Carlos Nejm	22/01/2010	3	Carlos Nejm	M	Masculino	B	Branca	APOSENTAD	22/07/1938	210

Simpe Fechar

FIGURA 27 – CADASTRO DE PACIENTES

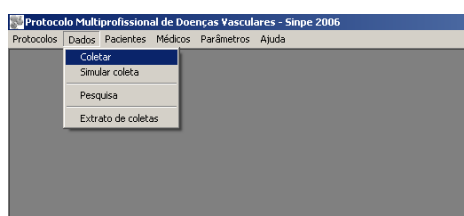


FIGURA 28 – COLETA DE DADOS

Após o cadastro, a coleta de dados inicia-se com a opção *Dados* e, após, o comando *Coletar*. Em seguida, utilizando o comando *Visualizar/Editar coleta*, apresentar-se-á uma figura que conterá a lista das *Coletas de dados já realizadas*, a *Identificação da coleta* no protocolo, o *Número* e o *Nome do paciente*, *Nome do protocolo específico* e do *Usuário*, bem como a *Data* (Figura 28). Existe também, nesta tela, o comando *Nova Coleta* que, se acessado, iniciará uma nova coleta de dados, como será demonstrado a seguir.

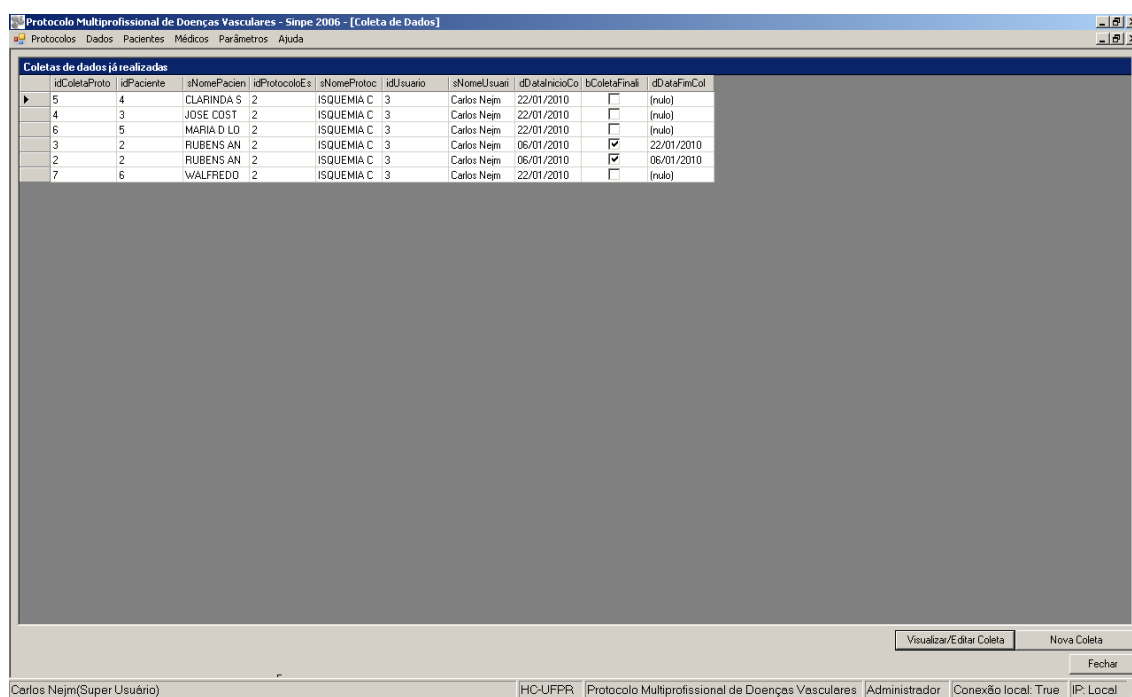


FIGURA 29 – COLETA DE DADOS

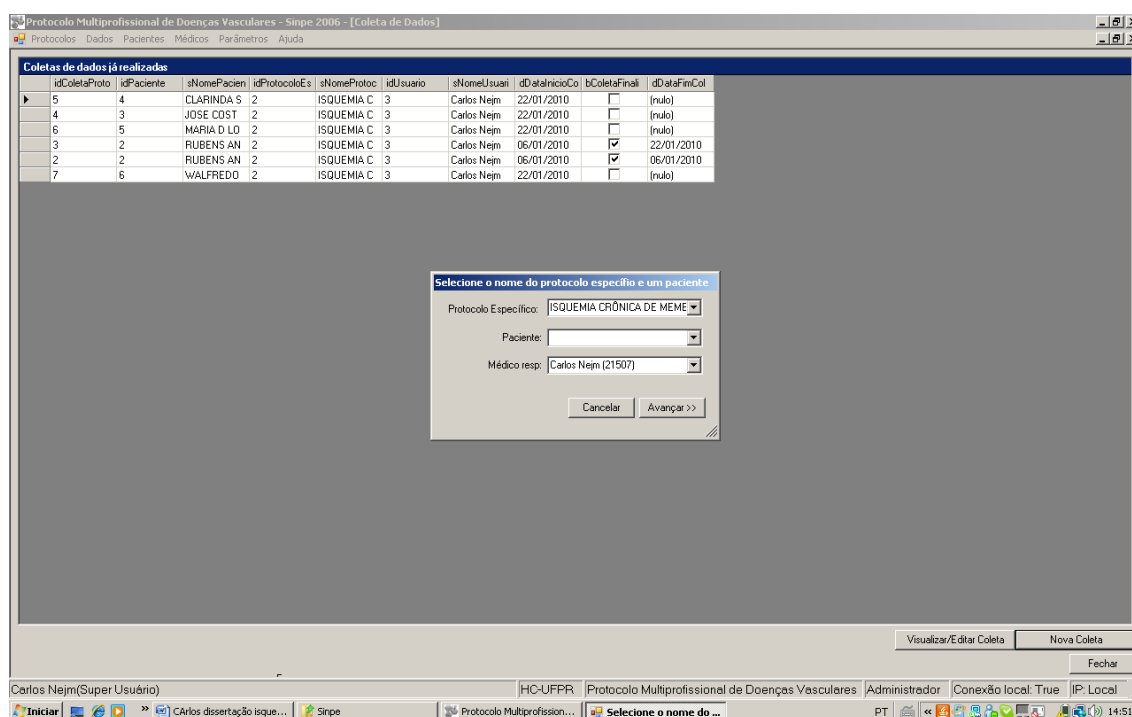


FIGURA 30 – NOVA COLETA DE DADOS

Para uma nova coleta de dados, é necessário selecionar o protocolo específico (doença) e o paciente cadastrado; depois, selecionar a opção *Avançar* (figura 30).

Na tela de coleta de dados, obtém-se o *Nome do paciente*, seu *Protocolo específico* e a que *Área da saúde* ele pertence. Com os dados clínicos provenientes do prontuário médico, o usuário coletor seleciona os itens disponíveis no protocolo eletrônico. Exemplo: *Protocolo específico: Isquemia Crônica de Membros Inferiores*, com os seguintes itens selecionados: *Anamnese, Condições e hábitos de vida, e Tabagismo*, sempre observando a forma clínica e cronológica natural de qualquer doença. Automaticamente, surgirão, no lado direito da tela, os detalhes dessa coleta e os comandos *Salvar* e *Finalizar* para arquivo dos dados selecionados e término da coleta, respectivamente (figura 31).

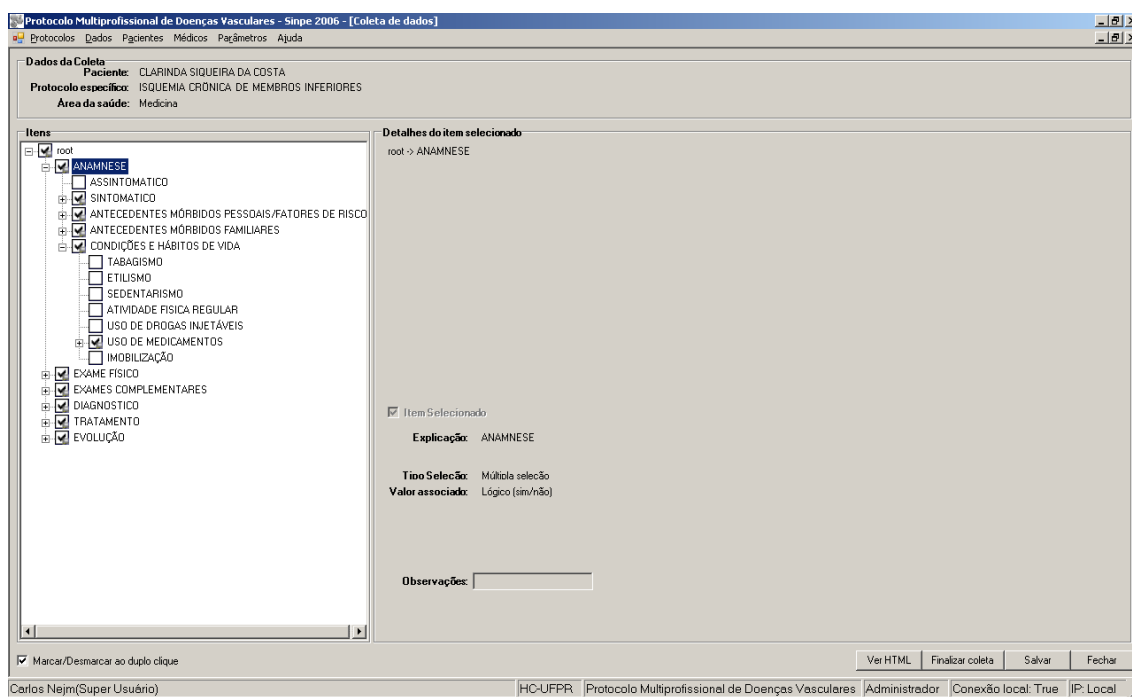


FIGURA 31 – COLETA ESPECÍFICA DE DADOS

Para se realizar uma pesquisa de dados clínicos das doenças vasculares, utiliza-se a opção *Dados* e depois *Pesquisa*, no menu de acesso. Apresentar-se-á uma figura que permitirá a seleção de um protocolo específico, o tipo de pesquisa, o período da coleta e a relação das instituições utilizadas nesta pesquisa. Na parte inferior esquerda, encontram-se os itens da pesquisa selecionados anteriormente; na parte inferior direita, os parâmetros do item

selecionado, seus resultados estatísticos, coletas localizadas e os detalhes do item para pesquisa (figura 32).

Protocolo Multiprofissional de Doenças Vasculares - Sinpe 2006 - [Pesquisa]

Protocolos Dados Pacientes Médicos Parâmetros Ajuda

Critérios da Pesquisa

Protocolo Específico:
ISCHEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES

Pacientes das Instituições:
HCUFPR (HC - Universidade Federal do Paraná)

Tipo de pesquisa: Itens conjuntos (operador E)

Período de coleta:
Antes de: Depois de: Entre: Qualquer:

Itens da pesquisa

- ☒ root
 - ☐ ANAMNESE
 - ☒ EXAME FÍSICO
 - ☒ EXAMES COMPLEMENTARES
 - ☐ EXAMES LABORATORIAIS
 - ☐ EXAMES DE IMAGEM
 - ☒ ELETROCARDIOGRAMA
 - ☒ ECOCARDIOGRAFIA
 - ☒ REALIZADO
 - ☐ NORMAL
 - ☒ ALTERADO
 - ☐ SEM LAUDO
 - ☐ NÃO REALIZADO
 - ☐ RADIOGRAFIA SIMPLES
 - ☐ ULTRA-SONOGRAFIA
 - ☐ TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

☒ Marcar/Desmarcar ao duplo clique

Parâmetros do Item Selecionado | Resultados da Estatística | Coletas Localizadas

Detalhes do Item para Pesquisa

Item Selecionado: 2506

Explicação: ALTERADO

Valor: Lógico (sim/não)

Ver HTML | Iniciar Pesquisa | Fechar

Carlos Nejm(Super Usuário) | HC-UFPR | Protocolo Multiprofissional de Doenças Vasculares | Administrador | Conexão local: True | IP: Local

FIGURA 32 – EXEMPLO DE PESQUISA

Depois de realizar as etapas anteriores utiliza-se o comando *Iniciar pesquisa*, para a obtenção dos dados coletados selecionados e resultados estatísticos (figura 33).

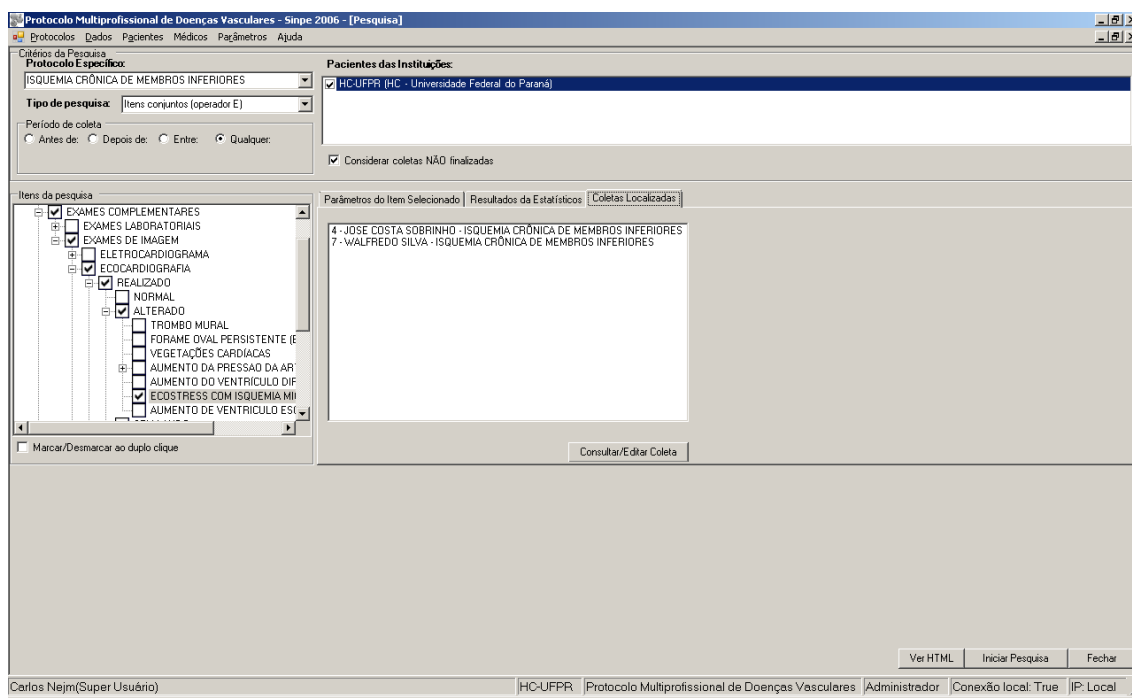


FIGURA 33 – EXEMPLO DE RESULTADO DE PESQUISA

Após a seleção de um item para análise de resultados verificar-se-á, na primeira tela a quantidade de coletas; na segunda, as informações estatísticas da pesquisa (quantidade de coletas realizadas e o percentual de ocorrências); e na terceira, a lista das coletas encontradas na pesquisa (figura 33).

4.3 APRESENTAÇÃO DO PROJETO PILOTO EM ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES

O projeto piloto foi realizado através de pesquisa retrospectiva dos pacientes, com isquemia crônica de membros inferiores, internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no segundo semestre de 2009.

Desse modo, foram incluídos 36 pacientes que farão parte dos estudos descritivo e analítico do projeto piloto.

4.3.1 ESTUDO DESCRITIVO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO ELETRÔNICO EM ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES

Foram avaliados 36 pacientes com isquemia crônica de membros inferiores, sendo 12 do sexo feminino, cujo percentual de pacientes se concentrou na faixa etária de 63 a 71 anos (36,11%) (GRÁFICO 1). Com relação à raça, 2 eram da raça parda (5,56%) e 34 da branca (94,44%) (GRÁFICO 2). (33,33%) e 24 do masculino (66,67%). A idade média foi de 70 anos, variando de 47 a 90 anos.

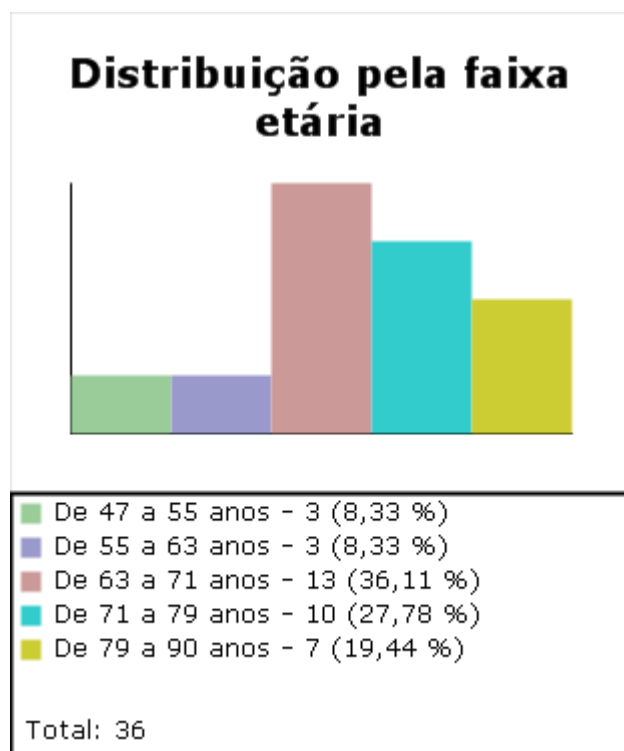


GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

Pacientes por raça

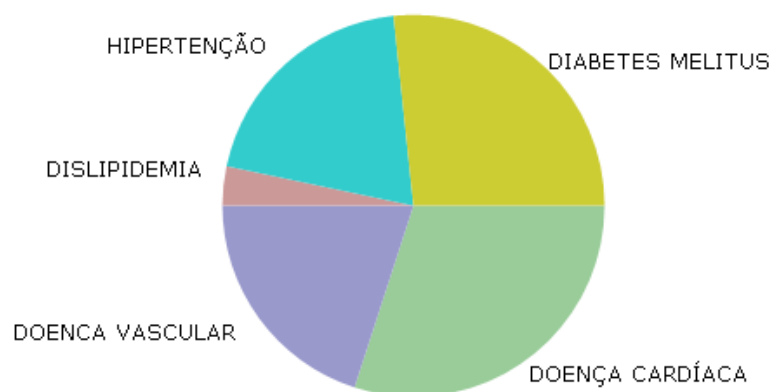


■ Branca - 34 (94,44 %)
 ■ Parda - 2 (5,56 %)

Total: 36

GRÁFICO 2 – RAÇA

ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES



■ DOENÇA CARDÍACA - 9 (30 %)
 ■ DOENÇA VASCULAR - 6 (20 %)
 ■ DISLIPIDEMIA - 1 (3,33 %)
 ■ HIPERTENÇÃO - 6 (20 %)
 ■ DIABETES MELITUS - 8 (26,67 %)

Total: 30

GRÁFICO 3 – ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES

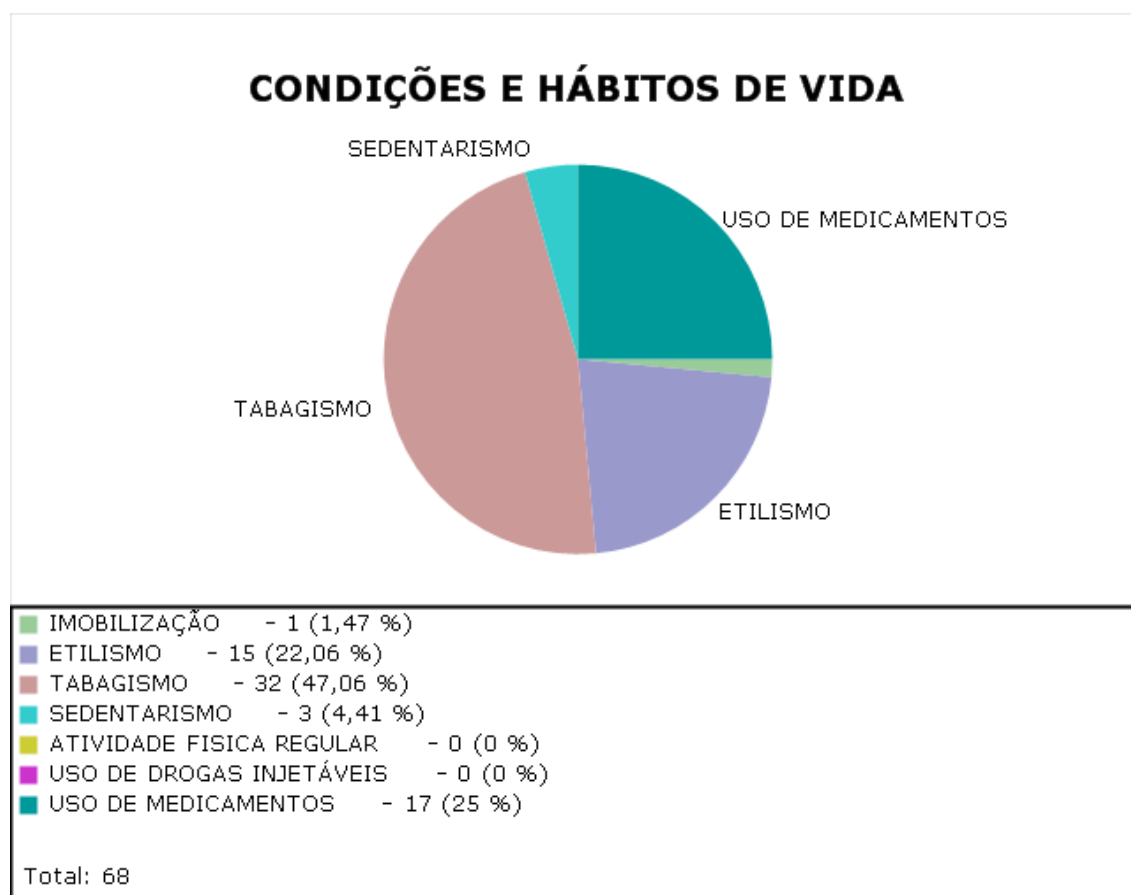


GRÁFICO 4 – CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA

Os gráficos 3 e 4 demonstram dados da coleta de antecedentes mórbidos familiares e condições e hábitos de vida. Verificou-se que 9 (30%) pacientes apresentavam história familiar positiva de cardiopatia, 8 (26,6%) de diabetes melituss e 6 (20%) de hipertensão arterial sistêmica e doença vascular. O tabagismo foi evidenciado em 32 (47%) dos pacientes estudados, sendo o item mais prevalente das condições e hábitos de vida.

4.3.2 ESTUDO ANALÍTICO DE DADOS APLICADOS NO PROTOCOLO DE ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES

O estudo analítico do projeto piloto foi realizado correlacionando isquemia crônica de membros inferiores com duas doenças que contribuem com a morbi-mortalidade, de forma a alterar as condutas a serem tomadas:

isquemia miocárdica definida por ecostress farmacológico e estenose carotídea severa definida por ecodoppler.

4.3.2.1 INCIDÊNCIA DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA DEFINIDA POR ECOSTRESS FARMACOLÓGICO COM DOBUTAMINA OU DIPIRIDAMOL

Verificou-se que 27 (75%) pacientes foram submetidos ao ecostress farmacológico com dobutamina ou dipiridamol. Destes, 12 (44,44%) tiveram ecocardiograma alterado (GRÁFICO 5). A alteração mais prevalente, em 6 (54,55%) pacientes, foi isquemia miocárdica ao stress farmacológico com dobutamina ou dipiridamol (GRÁFICO 6).

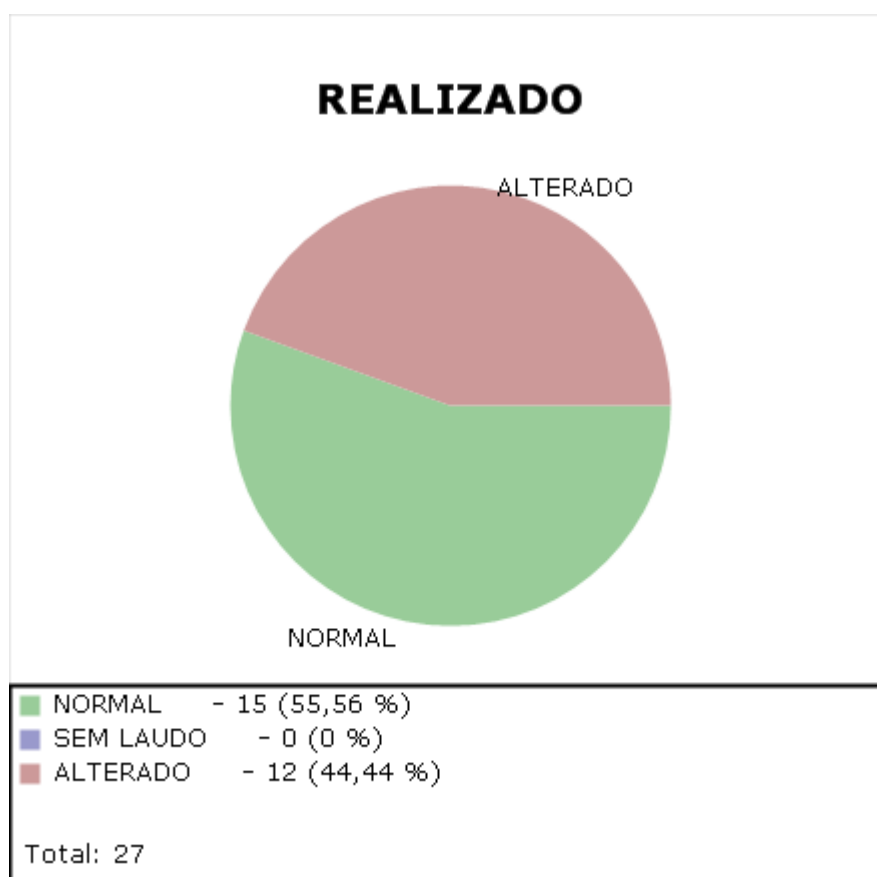


GRÁFICO 5 – ECOCARDIOGRAFIA

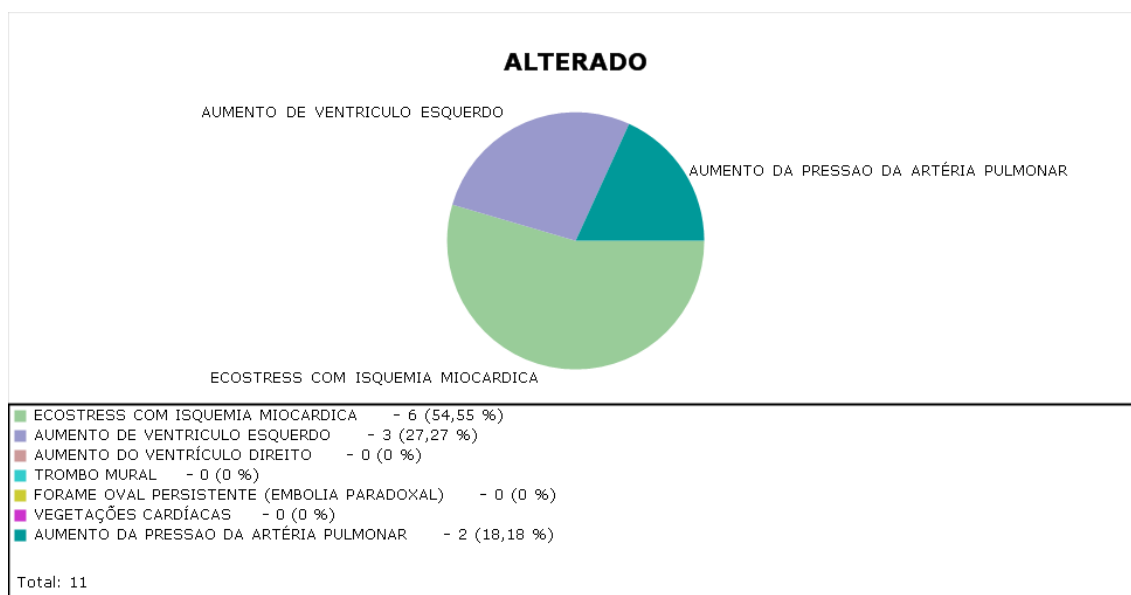


GRÁFICO 6 – ECOCARDIOGRAFIA ALTERADA

4.3.2.2 NECESSIDADE DE ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA EM PACIENTES COM ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES.

A estenose severa (>70%), definida por ecodoppler, indica endarterectomia de carótida segundo o estudo ACAS (Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study) e ACST (Asymptomatic Carotid Surgery Trial).

Apenas 14 (38,89%) pacientes foram submetidos à ecodoppler cervical cujo resultado apresentou-se alterado em 12 (85,71%) dos pacientes (GRÁFICO 7). A estenose severa, indicativa de endarterectomia de carótida, foi encontrada em 4 (28,57%) pacientes (GRÁFICO 8).

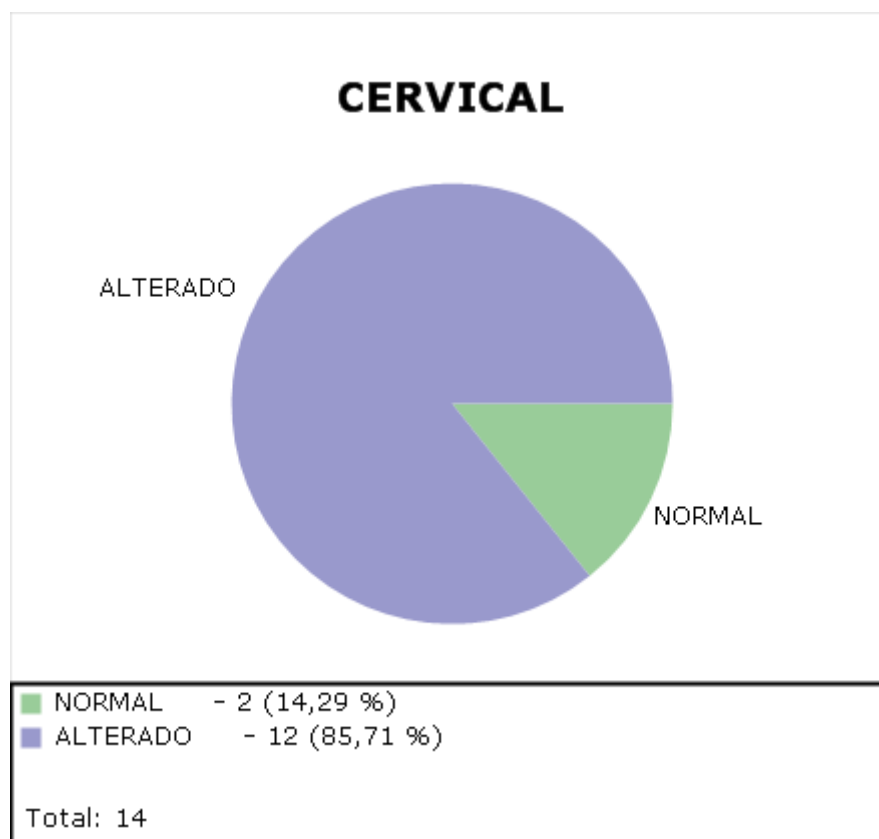


GRÁFICO 7 – ECODOPPLER CERVICAL

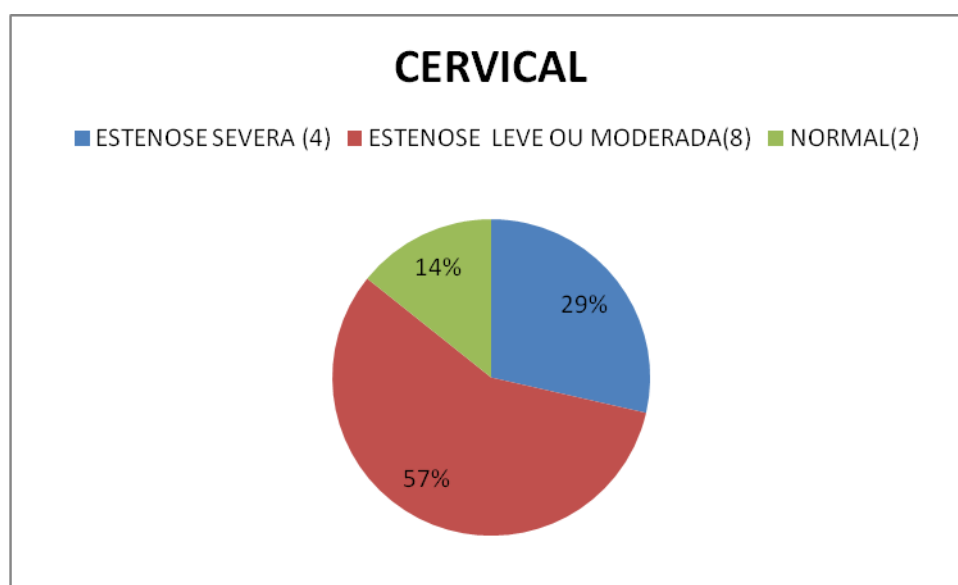


GRÁFICO 8 – ESTENOSE CAROTÍDEA

5 DISCUSSÃO

5.1 INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS CLÍNICOS

Ao idealizar-se um estudo científico descritivo, esbarra-se na dificuldade de obtenção de informações de qualidade devido ao inadequado preenchimento dos prontuários médicos, à falta de coordenação e padronização das descrições contidas e, por vezes, à ilegibilidade dessas informações, caracterizando subjetividade com comprometimento dos resultados obtidos (DICK, 1991; RIND, 1993; TANG, 1999).

A maioria dos centros médicos–hospitalares não utiliza o sistema de protocolo eletrônico. Sua utilização se restringe a setores como logística e exames diagnósticos. O desenvolvimento e implantação de coleta de dados informatizada, organizaria a busca prospectiva de dados, bem como propiciaria atualização constante e futuras pesquisas médicas.

Na Europa e Estados Unidos a coleta de dados padronizada e informatizada surgiu para suprir as limitações do prontuário de papel e evitar o caráter subjetivo destes prontuários (McDONALD, 1992; SITTIG, 1994; KOHANE, 1996).

A utilização de protocolos eletrônicos para coleta de dados clínicos é restrita pelos custos dos equipamentos, pela falta de mão de obra qualificada, pela manutenção ou, até mesmo, pela possível resistência ao uso da informática.

A demora no levantamento de dados clínicos, história clínica de pacientes incompleta e preenchida de forma manuscrita por diferentes profissionais (frequente na área médica universitária), dificulta, em muito, a correta avaliação dos itens, prejudicando a credibilidade desta base de dados e impedindo a realização de pesquisas de qualidade (DICK, 1991; RIND, 1993).

A finalidade do uso de protocolos eletrônicos para coleta de dados clínicos não é mera substituição ao prontuário médico (pois esses prontuários são documentos importantes para o médico e seu paciente), mas fonte segura de informações para futuras pesquisas médicas.

Para tornar possível a realização de pesquisas de dados em sistemas informatizados, é de grande importância que sejam coletados de modo

parametrizado, preferencialmente utilizando formulários de coletas que ofereçam lista de valores aceitáveis (COEIRA, 1997)

As pesquisas médicas conduzidas com coleta de dados clínicos mediante o uso de protocolos eletrônicos de forma orientada, além do pouco espaço físico necessário para o seu funcionamento e a possibilidade de analisar os dados coletados, aumentariam a credibilidade e a possibilidade da estruturação de estudos científicos de qualidade (WEINBERGER et AL., 1997; Mc DONALD ET AL., 1998).

Da mesma forma, o uso de protocolos na formação de grandes bancos de dados clínicos e o seu uso constante pode conferir boa qualidade às pesquisas médicas por se tratarem de fonte de pesquisa científica (GOONAN, 1995; DAVIDOFF, 1997).

A Universidade do Alabama transformou-se em referência em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) devido suas publicações de trabalhos científicos através de dados clínicos armazenados de forma informatizada (LEE, 1994).

A utilização da coleta de dados clínicos a partir de um banco de dados clínicos não precisa ser exclusiva de uma instituição; pode ter o caráter multicêntrico, como existe na França, onde 38 Unidades de Terapia Intensiva utilizam estes dados padronizados e armazenados em um único banco (LOIRAT et AL. 1989); ou mesmo na Itália com relação a estudos multicêntricos relacionados às doenças do fígado, especificamente em cirrose hepática (COLTORTI et AL., 1991)

No Brasil, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) mantém um banco de dados eletrônicos *online* (<WWW.amib.com.br) onde é possível o acesso a informações das principais Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) brasileiras, permitindo troca de dados clínicos e também a análise de todos os serviços cadastrados.

Sendo assim, a coleta de dados clínicos informatizados estimula o desenvolvimento de estudos multicêntricos, aumentando o número de dados disponíveis e melhorando a qualidade dos trabalhos científicos proporcionando,

também, redução no tempo de pesquisa, aumento da população estudada e resultados mais rápidos e precisos (BLUMEINSTEIN,1995).

5.2 CONFECÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

A elaboração da base teórica de dados clínicos e cirúrgicos das doenças vasculares seguiu a linha de pesquisa criada pelo Professor Doutor Osvaldo Malafaia para coleta prospectiva de dados. Sigwald, em 2001, em sua dissertação de mestrado, relatou os princípios relacionados à criação de um protocolo informatizado de coleta de dados de qualidade, caracterizando pela simplicidade em sua forma de preenchimento e geração de informações.

A base de dados foi elaborada de forma a abranger a quase totalidade dos assuntos em cirurgia vascular e especificamente em Isquemia Crônica de Membros Inferiores, evitando o excesso de informações não relevantes e que pudessem comprometer a praticidade da coleta de dados.

5.3 CONFECÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO

O protocolo eletrônico foi programado na linguagem C# da *Microsoft®*, sendo executado sobre o programa *.net Framework®*. Essa implementação permite que o sistema seja facilmente adaptado para outros tipos de programas, como por exemplo, internet e computadores de mão, além de permitir a instalação por CD-ROM, gerando portabilidade e maior potencial de uso e avaliação do sistema. O arquivo criado pelo *Access®* foi utilizado para permitir que o programa de protocolos eletrônicos (SINPE[®]) seja utilizado de maneira independente em outros computadores. Esse é o principal motivo que explica a utilização da conexão local do programa.

Naturalmente, após a definição dos protocolos mestre e específico, com o auxílio dos profissionais de informática, exportar esses dados para um servidor, permitindo que o protocolo definido seja compartilhado, se previamente autorizado, com outros usuários ou instituições, facilita a pesquisa multicêntrica e o acesso aos seus resultados.

Atualmente, já estão cadastradas no SINPE©, mais de 100 doenças e aproximadamente 120.000 itens de dados prontos, abrangendo diversas áreas da medicina e outras especialidades da área da saúde, como fisioterapia e enfermagem.

O protocolo eletrônico de Isquemia Crônica de Membros Inferiores não pode ser modificado em sua estrutura original pelos usuários coletores, visualizadores ou pesquisadores, podendo apenas o usuário administrador alterar essa base de dados. Todavia, devido aos avanços e novidades da área médica, esse protocolo eletrônico permite a inserção de novos itens, sem alterar o banco de dados já utilizado.

Com o rápido e crescente desenvolvimento do setor de informática, o armazenamento e a troca de informações será pedra fundamental da pesquisa, desenvolvimento e aprimoramento da medicina.

A pesquisa foi e sempre será o pilar que sustenta o desenvolvimento e avanço da medicina. A possibilidade de facilitar o desenvolvimento da pesquisa trará benefício imensurável para o mundo científico.

Pacientes com isquemia crônica de membros inferiores representam uma parcela populacional em que seu tratamento e/ou suas complicações influenciam diretamente na qualidade de vida do paciente. A idade avançada, quantidade de co-morbidades e, por consequência, múltiplos internamentos, fazem a busca de dados um trabalho oneroso e cansativo.

O protocolo de doenças vasculares em Isquemia Crônica de Membros Inferiores proporcionará, de maneira uniforme e segura, a captação e armazenamento de dados clínicos e cirúrgicos que serão utilizados em futuras pesquisas. Os custos para sua implantação, mesmo levando em conta os anos de pesquisa e investimentos iniciais, são relativamente baixos frente à sua importância e abrangência.

É de fundamental importância o auxílio e o suporte técnico dados pelos profissionais de informática na escolha dos métodos para a confecção, implantação, coleta e na manutenção desse protocolo. A informática, sendo uma ciência em franca expansão, necessita continuamente de melhoramentos

e adequações para o desenvolvimento desse e de futuros protocolos eletrônicos.

Assim sendo, o trabalho foi desenvolvido de modo que seja facilmente executado por computadores e sistemas amplamente difundidos nos mercados de informática nacional e internacional, minimizando o risco da impossibilidade de execução do programa.

Sua finalidade, além de estimular profissionais da área médica na realização de trabalhos científicos, é a de proporcionar um meio computadorizado de captação e análise de dados clínicos, aumentando a qualidade e a credibilidade de futuros trabalhos científicos.

Através desta dissertação espera-se ter contribuído para a comunidade científica médica, e que a coleta eletrônica de dados clínicos dos pacientes com Isquemia Crônica de Membros Inferiores inicie uma nova realidade científica, baseada na integração multidisciplinar da informática com a área médica, estimulando novas pesquisas com cada vez mais qualidade e credibilidade.

6 CONCLUSÃO

Através do trabalho apresentado pode-se concluir que:

1. foi possível criar uma base teórica para coleta de dados clínicos referente à isquemia crônica de membros inferiores;
2. foi realizada a informatização da referida base de dados sob a forma de um programa de computador;
3. foi incorporado o protocolo eletrônico para coleta de dados clínicos referente à isquemia crônica de membros inferiores ao Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE©);
4. o protocolo eletrônico teve a sua funcionalidade testada através da realização de um projeto piloto tendo sido, os dados coletados, analisados com a utilização do módulo SINPE Analisador©.

4.1 a presença de isquemia miocárdica esteve presente em 44,44% dos pacientes, indicando que o teste farmacológico com dobutamina ou dipiridamol deve ser realizado em todos os pacientes com isquemia crônica de membros inferiores;

4.2 a endarterectomia de carótida foi indicada em 28,57 % dos pacientes, devendo ser investigada a estenose carotídea em todos os pacientes com isquemia crônica de membros inferiores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASHURST, F.G. **Pioneers of computing**. 2. ed. London: Times Mirror, 1983.

BARNETT, G.O. The application of computer-based medical record systems in ambulatory practice. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v.310, n.25, p.1643-1650, 1984.

BERECZKI, D. The role of electronic databases in practical decision making in the care of patients with cerebrovascular diseases. **Orv Hetil.**, Budapest, v.143, n.22, p.1353-1559, 2002.

BICKERSTAFF LK, HOLLER, VAN PEENEN HJ, et al: Abdominal aortic aneurysms: The changing natural history. **Journal of Vascular Surgery** 1:6, 1994.

BLACKBURN, J.P. On-line computing in surgery. **British Journal of Surgery**, Guildford, v.58, p.789-791, 1971.

BLETTNER, M. et al. Traditional reviews, meta-analyses and pooled analyses in epidemiology. **International Journal of Epidemiology**, London, v.28, p.1-9, 1999.

BLUMEINSTEIN, B.A. Medical research data. **Controlled Clinical Trials**, New York, v.16, p.453-455, 1995.

BOLLING, S.P. Implementing a comprehensive computerized patient record. **Ophthalmology Clinics of North America**, Philadelphia, v.13, n.2, p. June 2000.

BONAMIGO TP, *et al.* **Epidemiologia doa aneurismas da aorta abdominal**. IN: Bonamigo TP, Von Ristow A. Aneurismas Porto Alegre: AGE: 199. p. 39-45.

BRITO CJ, DUQU A, MERLO I, MURILO R, Filho V L, **Cirurgia Vascular - Cirurgia Endovascular – Angiologia** 2 ed.2008

CLAYTON, P.D. Confidentiality and medical information. **Annals of Emergency Medicine**, Lansing, v. 38, n. 3, p. 312-316, 2001.

COVVEY, H.D.; McALISTER, N.H. Computer-assisted medicine: the origin of the species. **Canadian Medical Association Journal**, Toronto, v.119, n.5, p.516-520, 1978.

DAVIDOFF, F. Databases in the next millennium. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.127, n.8, p.770-774, 1997.

DICK, R.S.; STEEN, E.B. **Essential technologies for computer-based patient records: a summary**. New York: Springer-Verlag., 1992. p.229.

DICK, R.S. **The computer-based patient record** – an essential technology for health care. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 1991.

DICKERSIN, K. The existence of publication bias and risk factors for its occurrence. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.263, p.1385-1389, 1990.

DICKERSIN, K. How important is publication bias? A synthesis of available data. **AIDS Education Prevention**, New York, v.9, Suppl A, p.15-21, 1997.

FRIEDENREICH, C.M. Methods for pooled analyses of epidemiologic studies. **Epidemiology**, Baltimore, v.4, p.752-760, 1993.

GOODACRE, S. Research methods: beyond the clinical trial. **Annals of Emergency Medicine**, Lansing, v.42, n. 1, p. 56-65, 2003.

HAIMOVICI, H., ASCHER, E. et al. **Cirurgia Vascular**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

HOLLAND, W.W. The use of computers in surgical practice. **British Journal of Surgery**, Guildford, v.58, n.10, p.780-783, 1971.

JOHNSON KW, RUTHERFORD RG, TILSON MD *et al.* Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. **Journal of Vascular Surgery** 1991; 13:452-8.

KAHN, M. G. Clinical databases and critical care research. **Critical Care Clinics**, Philadelphia, v.10, n.1, p.37-51, 1994.

KERSE, N.; ARROLL, B.; YOUNG, J.; WARD, J. Evidence databases, the Internet, and general practitioners: the New Zealand story. **New Zealand Medical Journal**, Victoria, v. 114, p. 89-91, 2001.

KOHANE, I. S.; GREENSPUN, P.; FACKLER, J. Building National Electronic Medical Record Systems via the World Wide Web. **Journal of the American Medical Informatic Association**, Chicago, v.3, n.3, p.191-207, 1996.

LAWRENCE PF, LORENZO –RIVERO S, LYON JL: The incidence of iliac, femoral and popliteal artery aneurysms in Hospitalized patients. **Journal of Vascular Surgery** 22:409, 1995.

LEE, J. Y. Uses of clinical databases. **The American Journal of Medical Science**, New York, v.308, p.58-62, 1994

LIPKIN, M.; HARDY, J.D. Mechanical correlation of data in differential diagnosis of hematological diseases. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.166, n.2, p.113-135, 1958.

LISTER, G.D. The development of clinical records for plastic surgery and their computer storage. **British Journal of Plastic Surgery**, Edinburgh, v.27, p.59-66, 1974.

LOIRAT, J.R. Description of various types of intensive and intermediate care units in France. **Intensive Care Medicine**, New York, v.15, n.4, p.260-265, 1989.

LUBIN, J.H. et al. Radon-exposed underground miners and inverse dose-rate (protraction enhancement) effects. **Health Physicist**, Elmsford, v.14, p.2057-79, 1995.

MAFFEI FU, LASTORIA, S . YOSHIDA, WB. ROLLO, HA. **Doenças vasculares periféricas**. 3 ed. 2008

MALAFAIA, O.; BORSATO, E.P.; PINTO J.S.P. **Gerenciamento do conhecimento em protocolos eletrônicos de coleta de dados**. In:SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GESTÃO DO CONHECIMENTO, 3., Curitiba,2003(a).

MALAFAIA, O.; BORSATO, E.P.; PINTO, J.S.P. **Manual do usuário do SINPE®**, Curitiba: UFPR, 2003(b).

MARTINEZ, D. et al. **Informática médica**. Brasília: CNPq, 1982 (I concurso Anual de Monografias em Informática).

McDONALD,C.J. et al. What is done, what is needed and what is realistic to expect from medical informatics standards. **Journal of Informatic**, Statesboro, v.48, p.1-12, 1998.

McDONALD, C.J.; TIERNEY, W.N.; OVERHAGE, M. The Regentrief Medical Record System : 20 years of experience in hospitals, clinics, and neighborhood health centers. **Medical Data Computing**, Shifffield, v.9, n.4, p.206-217, 1992.

NAKAMURA, R.M. Technology that will initiate future revolutionary changes in health care and clinical laboratory. **Journal Clinic Laboratory of Analysis**, New York, v.13, n.2, p.49-52, 1999.

OVERHAGE, I.M. et al. A Randomized Controlled Trial of Clinical Information Shared from Another Institution. **Annals of Emergency Medicine**, Lansing, v.39, n.1. Jan. 2002.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro Guanabara-Koogan, 1995

RUTHERFORD, R.B., CRONENWETT, J.L., JOHNSTON,W. et al. **Cirurgia Vascular** – 6 edição 2007.,

RIND, D.M. Real and imagined barriers to an electronic medical record. **Proceedings of the Seventeenth Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care**, Washington, 1993. p.74-78.

ROCHA NETO, J.M.; ROCHA FILHO, J.M. Serviço de arquivo médico e estatístico (computadorizado) como meio de aprimoramento de ensino, da pesquisa e da administração. **R AMRIGS**, Porto Alegre, v.27, p.492-494, 1983.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Medsi,1994.

SADO, A.S. Electronic medical record in intensive care unit. **Critical Care Clinics**, Philadelphia, v.15, n.3, p.449-522. July 1999.

SCHENTHAL, J. E. et al. Clinical application of large-scale electronic dataprocessing apparatus: I. New concepts in clinical use of the electronic digital computer. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.173, n.1, p.6-11, 1960.

SIEGEL, G. M. Group designs in clinical research. **Journal of Speech and Hearing Disorders**, Washington, v.52, p.194-199, 1987.

SIGWALT, M.F. **Base eletrônica de dados clínicos das doenças do esôfago**. Curitiba, 2001. Dissertação (Mestrado em Clínica Cirúrgica) – Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

SITTIG, D.F. Grand challenges in medical informatics?, **Journal of the American Medical Informatics Association**, Chicago, v.1, n.5, p.412-413, 1994.

SLEISENGER, M.H.; FELDMAN, M.; FRIEDMAN, L.S. **Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease**. 7.ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 2002.

STEWART, L.A. On behalf of the Cochrane Working Group on Meta-Analysis Using Individual Patient Data. Practical methodology of meta-analyses (overviews) using updated individual patient data. **Statement Medicine**, Oslo, v.14, p.2057-2079. 1995.

TANG, P.C.; LAROSA, M.P.; LAINE, C. Use of computer-based records, completeness of documentation and a propriateness of documented clinical decisions. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v.6, n.3, p.235-251, June 1999.

WEINBERGER, M.; HUI, S.; LAINE, C. Perspectives from the sixth Regenstrief Conference. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.2, p.127-128, 1997

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for abdominal aortic aneurysm: recommendation statement. **Annals of Internal Medicine**. 2005;142:198-202.

ZELONOCKMATERY GB, **Mastery of Vascular and Endovascular Surgery** by . Lippincott Williams & Wilkins. 2005.

ANEXO 1 – TERMO DE CONCESSÃO DE DIREITO DE USO DO SINPE®***Contrato de licença de uso do software Sinpe®***

(IMPORTANTE E LEIA COM ATENÇÃO)

Este é um contrato de licença de usuário final para o software Sinpe® - Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos. Este contrato representa um acordo legal firmado em 18/12/2009 entre Carlos Seme Nejm Junior, portador do CPF 855.275.999-34, doravante designado neste contrato como CONTRATADO e Osvaldo Malafaia, brasileiro, casado, portador do CPF 007.016.709-59, doravante designado CONTRATANTE.

Ao utilizar o software Sinpe®, seja por qualquer meio ou dispositivo, o CONTRATADO estará concordando com este contrato. Caso não concorde, poderá devolvê-lo.

Licença do Software

O Sinpe® é protegido por leis e tratados internacionais. Ele é licenciado e não vendido. Este documento é um contrato completo entre o CONTRATADO e o CONTRATANTE, relativo ao uso do software Sinpe®. Ele prevalece sobre quaisquer comunicações, propostas ou representações orais ou escritas, anteriores ou contemporâneas e sempre as informações deste contrato devem prevalecer.

1. Concessão de licença

Esta seção descreve os direitos concedidos ao instalar e utilizar o software.

1.1. O CONTRATADO poderá instalar e utilizar o software em um único computador.

1.2. A licença do Sinpe® não pode ser compartilhada ou cedida pelo CONTRATADO.

1.3. O CONTRATADO não poderá utilizar o Sinpe® para criar trabalhos que irão ferir, de maneira direta ou indireta, leis locais ou internacionais e a integridade de pessoas e empresas.

1.4. O CONTRATADO se compromete a utilizar o Sinpe® somente para fins de pesquisa científica e ceder (como contrapartida do uso do software) a propriedade intelectual dos protocolos construídos utilizando o Sinpe® ao CONTRATANTE, desde que o Sinpe® tenha sido fornecido gratuitamente para este fim.

1.5. O CONTRATADO se compromete a construir protocolos utilizando extensa pesquisa bibliográfica sobre o assunto ao qual se propõe sob a orientação do CONTRATANTE e que estes protocolos não representem, mesmo que de modo inadvertido, conhecimento falacioso.

1.6. Caso ocorra alguma infração nos itens 1.3, 1.4 e 1.5, mesmo que inadvertidamente, o CONTRATADO assumirá as responsabilidades por seus atos e irá defender e ressarcir o CONTRATANTE de quaisquer acusações ou prejuízos financeiros.

1.7. O CONTRATADO deverá indenizar, isentar de responsabilidade e defender o CONTRATANTE de e contra quaisquer reivindicações ou ações judiciais, incluindo honorários advocatícios que decorram ou resultem do mau uso do Sinpe®.

1.8. **O CONTRATADO** concorda que o Sinpe® poderá enviar informações sobre a instalação e código de ativação **do** programa através da Internet ou outro meio de comunicação, e nenhuma informação pessoal (dados do usuário ou dados de paciente) será enviada.

1.9. Todos os direitos que não estejam expressamente concedidos são reservados ao CONTRATANTE.

2. Outros direitos e limitações

2.1. É possível que o Sinpe® seja provido de tecnologia de proteção contra cópia para impedir a reprodução não autorizada, e é ilegal fazer cópias não autorizadas do Software ou ignorar qualquer tecnologia de proteção contra cópia contida nele.

2.2. É proibido realizar engenharia reversa, descompilação ou desmontagem do Sinpe® ou de qualquer parte que seja fornecida juntamente com ele (como bancos de dados e núcleo), exceto e somente na medida em que esta atividade seja expressamente permitida pela legislação aplicável, não obstante tal limitação.

2.3. O Sinpe® é licenciado como um único produto e seus componentes não podem ser separados para o uso em mais de um dispositivo.

2.4. Este contrato não outorga ou atribui qualquer direito de exploração comercial ou de serviços do Sinpe® e nem atribui direitos relativos às marcas comerciais ou de serviços do CONTRATANTE.

2.5. É proibido arrendar ou alugar o Sinpe®.

2.6. O CONTRATANTE poderá lhe fornecer recursos de suporte ao Sinpe® como correção de eventuais *bugs* e fornecimento de documentação para o usuário final.

2.7. Caso **o CONTRATADO** não cumpra os termos aqui contidos, o CONTRATANTE poderá rescindir este contrato sem qualquer prejuízo ou perda de direitos e, no caso de uma rescisão, **o CONTRATADO** deverá destruir todas as cópias do Sinpe® e seus componentes.

2.8. Os trabalhos científicos resultantes da utilização do Sinpe®, quer na forma de apresentação oral, quer na impressa, deverão incluir como co-autores os nomes de Osvaldo Malafaia e José Simão de Paula Pinto, citando no capítulo de material e métodos ou equivalente esta concessão de uso.

3. Exclusão de danos incidentais, consequenciais e outros

Na extensão máxima permitida pela legislação aplicável, em hipótese alguma o CONTRATANTE ou seus fornecedores serão responsáveis por qualquer dano especial, incidental, indireto ou consequencial. Estão aqui incluídos danos por lucros cessantes, ou por perda de informações confidenciais ou outras; por interrupção nos negócios; por danos pessoais; por perda de privacidade; por falha no cumprimento de qualquer obrigação, inclusive de boa fé e com cuidados razoáveis; por negligência e por perda financeira de qualquer natureza. Estes fatos podem ser decorrentes de qualquer forma de relacionamento ao uso ou à incapacidade de utilizar o software; ao fornecimento ou falha no fornecimento de serviços de suporte ou de outro modo sob ou com relação a qualquer disposição deste contrato - mesmo que haja falha, ato ilícito (inclusive negligências) -; responsabilidade restrita; quebra

de contrato ou de garantia pelo CONTRATANTE ou qualquer fornecedor, mesmo que o CONTRATANTE ou qualquer fornecedor tenha sido alertado sobre a possibilidade de tais danos.

Curitiba, 18 de dezembro de 2009.

CONTRATANTE
Osvaldo Malafaia

CONTRATADA
Carlos Seme Nejrn Junior

Testemunha 1

Testemunha 2

ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Curitiba, 01 de março de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)
Carlos Seme Nejm Junior
Neste

Prezado Pesquisador:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “BASE ELETRÔNICA DE DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS EM ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES”, foi analisado com pendências pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 26 de janeiro de 2010. Após atendimento das pendências, foi considerado aprovado em 01 de março de 2010. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0016.0.208.000-10
Registro CEP: 2129.024/2010-01

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 01 de setembro de 2010.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Renato'.

Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS
Protocolo Específico: ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES

Instituição: _____
 Emissão: 04/03/2010 16:32:33
 Paciente: _____
 Sexo: ()-Masculino ()-Feminino
 Profissão: _____
 Prontuário: _____
 Tipo de doc.
 apresentado: (cpf, rg,
 etc.) _____

Número doc.
 apresentado: _____

Itens (4741 elementos)

- 1 - ☐ root
- 2 - ☐ ANAMNESE
- 3 - ☐ ASSINTOMATICO
- 3 - ☐ SINTOMATICO
- 4 - ☐ SEM DOR
- 4 - ☐ COM DOR
- 5 - ☐ CERVICAL
- 6 - ☐ AGUDA
- 7 - ☐ DIREITA
- 7 - ☐ ESQUERDA
- 6 - ☐ CRÔNICA
- 7 - ☐ DIREITA
- 7 - ☐ ESQUERDA
- 5 - ☐ TORÁCICA
- 6 - ☐ AGUDA
- 7 - ☐ PRECORDIAL
- 7 - ☐ INTERESCAPULAR
- 7 - ☐ HEMITÓRAX DIREITO
- 8 - ☐ ANTERIOR
- 8 - ☐ POSTERIOR
- 7 - ☐ HEMITÓRAX ESQUERDO
- 8 - ☐ ANTERIOR
- 8 - ☐ POSTERIOR
- 6 - ☐ CRÔNICA
- 7 - ☐ PRECORDIAL
- 7 - ☐ INTERESCAPULAR
- 7 - ☐ HEMITÓRAX DIREITO
- 8 - ☐ ANTERIOR
- 8 - ☐ POSTERIOR
- 7 - ☐ HEMITÓRAX ESQUERDO
- 8 - ☐ ANTERIOR
- 8 - ☐ POSTERIOR
- 5 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
- 6 - ☐ DIREITO
- 7 - ☐ AO REPOUSO
- 8 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ ANTEBRAÇO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ MÃO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ QUIRODATILOS
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 7 - ☐ CLAUDICAÇÃO
- 8 - ☐ LIMITANTE
- 9 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ ANTEBRAÇO
- 8 - ☐ INCAPACITANTE
- 9 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ ANTEBRAÇO
- 6 - ☐ ESQUERDO
- 7 - ☐ AO REPOUSO
- 8 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ ANTEBRAÇO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ MÃO
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 8 - ☐ QUIRODATILOS
- 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
- 10 - ☐ HORAS
- 10 - ☐ DIAS
- 10 - ☐ MESES
- 7 - ☐ CLAUDICAÇÃO
- 8 - ☐ LIMITANTE
- 9 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ ANTEBRAÇO
- 8 - ☐ INCAPACITANTE
- 9 - ☐ BRAÇO
- 9 - ☐ ANTEBRAÇO
- 5 - ☐ ABDOMINAL
- 6 - ☐ AGUDA

7- ☐ INTENSIDADE
 8- ☐ FORTE
 9- ☐ SÚBITA
 9- ☐ PROGRESSIVA
 8- ☐ FRACA
 9- ☐ SÚBITA
 10- ☐ PROGRESSIVA
 7- ☐ DOR PÓS PRANDIAL
 8- ☐ PRESENTE
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ DOR APÓS ATIVIDADE FÍSICA
 8- ☐ PRESENTE
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ FREQUENCIA
 8- ☐ INTERMITENTE
 8- ☐ CONTINUA
 7- ☐ LOCALIZAÇÃO
 8- ☐ EPIGASTRIO
 8- ☐ HIPOCÔNDRIO
 9- ☐ DIREITO
 9- ☐ ESQUERDO
 8- ☐ MESOGASTRIO
 8- ☐ HIPOGASTRIO
 8- ☐ FOSSA ILÍACA
 9- ☐ DIREITA
 9- ☐ ESQUERDA
 8- ☐ FLANCO
 9- ☐ DIREITO
 9- ☐ ESQUERDO
 8- ☐ LOMBAR
 9- ☐ DIREITO
 9- ☐ ESQUERDO
 6- ☐ CRÔNICA
 7- ☐ INTENSIDADE
 8- ☐ FORTE
 9- ☐ SÚBITA
 9- ☐ PROGRESSIVA
 8- ☐ FRACA
 9- ☐ SÚBITA
 10- ☐ PROGRESSIVA
 7- ☐ DOR PÓS PRANDIAL
 8- ☐ PRESENTE
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ DOR APÓS ATIVIDADE FÍSICA
 8- ☐ PRESENTE
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ FREQUENCIA
 8- ☐ INTERMITENTE
 8- ☐ CONTINUA
 7- ☐ LOCALIZAÇÃO
 8- ☐ EPIGASTRIO
 8- ☐ HIPOCÔNDRIO
 9- ☐ DIREITO
 9- ☐ ESQUERDO
 8- ☐ MESOGASTRIO
 8- ☐ HIPOGASTRIO
 8- ☐ FOSSA ILÍACA
 9- ☐ DIREITA
 9- ☐ ESQUERDA
 8- ☐ FLANCO
 9- ☐ DIREITO
 9- ☐ ESQUERDO
 8- ☐ LOMBAR
 9- ☐ DIREITO
 9- ☐ ESQUERDO
 5- ☐ MEMBROS INFERIORES
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ AO REPOUSO
 8- ☐ COXA
 9- ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
 10- ☐ HORAS
 10- ☐ DIAS
 10- ☐ MESES
 8- ☐ PERNA
 9- ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
 10- ☐ HORAS
 10- ☐ DIAS
 10- ☐ MESES
 8- ☐ PÉ
 9- ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
 10- ☐ HORAS
 10- ☐ DIAS
 10- ☐ MESES
 8- ☐ PODODATILOS
 9- ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
 10- ☐ HORAS
 10- ☐ DIAS
 10- ☐ MESES
 7- ☐ CLAUDICAÇÃO
 8- ☐ LIMITANTE
 9- ☐ NADEGA
 9- ☐ COXA
 9- ☐ PERNA
 9- ☐ PÉ
 8- ☐ INCAPACITANTE
 9- ☐ NADEGA
 9- ☐ COXA
 9- ☐ PERNA
 9- ☐ PÉ
 7- ☐ FATOR DE MELHORA
 8- ☐ COM ELEVAÇÃO DO MEMBRO
 8- ☐ COM A PARADA DA DEAMBULAÇÃO
 7- ☐ FATOR DE PIORA DA DOR
 8- ☐ ORTOSTATISMO
 8- ☐ ELEVAÇÃO DO MEMBRO
 8- ☐ DEAMBULAÇÃO
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ AO REPOUSO
 8- ☐ COXA
 9- ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO

10 - ☐ HORAS
 10 - ☐ DIAS
 10 - ☐ MESES
 8 - ☐ PERNA
 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
 10 - ☐ HORAS
 10 - ☐ DIAS
 10 - ☐ MESES
 8 - ☐ PÉ
 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
 10 - ☐ HORAS
 10 - ☐ DIAS
 10 - ☐ MESES
 8 - ☐ PODODÁTILOS
 9 - ☐ TEMPO DE EVOLUÇÃO
 10 - ☐ HORAS
 10 - ☐ DIAS
 10 - ☐ MESES
 7 - ☐ CLAUDICAÇÃO
 8 - ☐ LIMITANTE
 9 - ☐ NADEGA
 9 - ☐ COXA
 9 - ☐ PERNA
 9 - ☐ PÉ
 8 - ☐ INCAPACITANTE
 9 - ☐ NADEGA
 9 - ☐ COXA
 9 - ☐ PERNA
 9 - ☐ PÉ
 7 - ☐ FATOR DE MELHORA
 8 - ☐ COM ELEVÇÃO DO MEMBRO
 8 - ☐ COM A PARADA DA DEAMBULAÇÃO
 7 - ☐ FATOR DE PIORA DA DOR
 8 - ☐ ORTOSTATISMO
 8 - ☐ ELEVÇÃO DO MEMBRO
 8 - ☐ DEAMBULAÇÃO
 4 - ☐ SEM SENSÇÃO DE PESO E/OU CANSÇO
 4 - ☐ COM SENSÇÃO DE PESO E/OU CANSÇO
 5 - ☐ COXA
 6 - ☐ DIREITA
 6 - ☐ ESQUERDA
 5 - ☐ PERNA
 6 - ☐ DIREITA
 6 - ☐ ESQUERDA
 4 - ☐ SEM CÁBRAS
 4 - ☐ COM CAÍBRAS
 5 - ☐ COXA
 6 - ☐ DIREITA
 6 - ☐ ESQUERDA
 5 - ☐ PERNA
 6 - ☐ DIREITA
 6 - ☐ ESQUERDA
 4 - ☐ SEM QUEIMAÇÃO E ARDENCIA
 4 - ☐ COM QUEIMAÇÃO E ARDENCIA
 5 - ☐ COXA
 6 - ☐ DIREITA
 6 - ☐ ESQUERDA
 5 - ☐ PERNA
 6 - ☐ DIREITA
 6 - ☐ ESQUERDA
 5 - ☐ PÉ
 6 - ☐ DIREITA
 6 - ☐ ESQUERDA
 4 - ☐ SEM TUMORAÇÃO
 4 - ☐ COM TUMORAÇÃO
 5 - ☐ PRESENTE
 6 - ☐ CERVICAL
 7 - ☐ DIREITA
 7 - ☐ ESQUERDA
 6 - ☐ MEMBRO SUPERIOR
 7 - ☐ DIREITO
 8 - ☐ BRAÇO
 8 - ☐ FOSSA CUBITAL
 8 - ☐ ANTEBRAÇO
 8 - ☐ MÃO
 8 - ☐ QUIRODÁTILOS
 7 - ☐ ESQUERDO
 8 - ☐ BRAÇO
 8 - ☐ FOSSA CUBITAL
 8 - ☐ ANTEBRAÇO
 8 - ☐ MÃO
 8 - ☐ QUIRODÁTILOS
 6 - ☐ ABDOMINAL
 7 - ☐ PRESENTE
 7 - ☐ AUSENTE
 6 - ☐ MEMBRO INFERIOR
 7 - ☐ DIREITO
 8 - ☐ INGUINAL
 8 - ☐ COXA
 8 - ☐ FOSSA POPLÍTEA
 8 - ☐ PERNA
 8 - ☐ PÉ
 7 - ☐ ESQUERDO
 8 - ☐ INGUINAL
 8 - ☐ COXA
 8 - ☐ FOSSA POPLÍTEA
 8 - ☐ PERNA
 8 - ☐ PÉ
 4 - ☐ SEM EDEMA
 4 - ☐ COM EDEMA
 5 - ☐ FACE/PESCOÇO
 5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR
 6 - ☐ DIREITO
 7 - ☐ BRAÇO
 7 - ☐ ANTEBRAÇO
 7 - ☐ MÃO
 7 - ☐ QUIRODÁTILOS
 6 - ☐ ESQUERDO
 7 - ☐ BRAÇO
 7 - ☐ ANTEBRAÇO

7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ INGUINAL
 7- ☐ COXA
 7- ☐ FOSSA POPLÍTEA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ INGUINAL
 7- ☐ COXA
 7- ☐ FOSSA POPLÍTEA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 4- ☐ SEM CIANOSE
 4- ☐ COM CIANOSE
 5- ☐ FACE
 5- ☐ MEMBRO SUPERIOR
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ NÁDEGA
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ NÁDEGA
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 4- ☐ SEM PALIDEZ
 4- ☐ COM PALIDEZ
 5- ☐ MEMBRO SUPERIOR
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ NÁDEGA
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ NÁDEGA
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILO
 4- ☐ SEM ESFRIAMENTO/FRIALDADE
 4- ☐ COM ESFRIAMENTO/FRIALDADE
 5- ☐ MEMBRO SUPERIOR
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ NÁDEGA
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ NÁDEGA
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 4- ☐ SEM CALOR
 4- ☐ COM CALOR
 5- ☐ MEMBRO SUPERIOR
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR

6- ☐ DIREITO
 7- ☐ NÁDEGA
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ NÁDEGA
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 4- ☐ SEM RUBOR
 4- ☐ COM RUBOR
 5- ☐ FACE/PESCOÇO
 5- ☐ MEMBRO SUPERIOR
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ NÁDEGA
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ NÁDEGA
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNA
 7- ☐ PÉ
 7- ☐ PODODÁTILOS
 4- ☐ SEM PRURIDO
 4- ☐ COM PRURIDO
 5- ☐ MEMBROS INFERIORES
 6- ☐ DIREITO
 6- ☐ ESQUERDO
 4- ☐ QUEIXA ESTÉTICA
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ NÁUSEAS
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ VÔMITOS
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ IMPOTENCIA SEXUAL
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ HEMATURIA
 5- ☐ SIM
 6- ☐ COM SINAIS DE CHOQUE HIPOVOLÊMICO
 7- ☐ SIM
 7- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ INCONTINÊNCIA
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ POLACIÚRIA
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ DISPNEIA
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ PARESTESIA
 5- ☐ MEMBROS SUPERIORES
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 5- ☐ MEMBROS INFERIORES
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNAS
 7- ☐ PÉS
 7- ☐ PODODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNAS
 7- ☐ PÉS
 7- ☐ PODODÁTILOS
 4- ☐ PLEGIA
 5- ☐ MEMBROS SUPERIORES
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO

7- ☐ BRAÇO
 7- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ MÃO
 7- ☐ QUIRODÁTILOS
 5- ☐ MEMBROS INFERIORES
 6- ☐ DIREITO
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNAS
 7- ☐ PÉS
 7- ☐ PODODÁTILOS
 6- ☐ ESQUERDO
 7- ☐ COXA
 7- ☐ PERNAS
 7- ☐ PÉS
 7- ☐ PODODÁTILOS
 4- ☐ SÍNCOPE
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ VERTIGEM
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ AFASIA
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ DISFASIA
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ ATAXIA MOTORA
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ QUEDA SÚBITA (DROP ATTACK)
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ PERDA DE PESO
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ SUDORESE PÓS PRANDIAL
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ ARTRALGIA
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 4- ☐ MIALGIA
 5- ☐ SIM
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO INVESTIGADO
 3- ☐ ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS/FATORES DE RISCO
 4- ☐ DPOC
 4- ☐ HAS
 4- ☐ CARDIOPATIA
 4- ☐ INSUFICIÊNCIA RENAL
 5- ☐ AGUDA
 6- ☐ DIALÍTICO
 6- ☐ NÃO DIALÍTICO
 5- ☐ CRÔNICA
 6- ☐ DIALÍTICO
 6- ☐ NÃO DIALÍTICO
 4- ☐ DIABETES
 4- ☐ DOENÇA ANEURISMÁTICA
 5- ☐ AORTICA
 6- ☐ TORÁCICA
 6- ☐ TORACOABDOMINAL
 6- ☐ ABDOMINAL
 6- ☐ RAMOS VISCERAIS
 5- ☐ TRONCO SUPRAAÓRTICO
 5- ☐ MEMBROS SUPERIORES
 5- ☐ MEMBROS INFERIORES
 4- ☐ DOENÇA AUTOIMUNE
 5- ☐ NÃO
 5- ☐ SIM
 6- ☐ SARCOIDOSE
 4- ☐ DISLIPIDEMIA
 4- ☐ VASCULITE
 5- ☐ POLIARTERITE NODOSA
 5- ☐ GRANULOMATOSE DE WERGNER
 5- ☐ DOENÇA DE TAKAYASU
 5- ☐ KAWASAKI
 5- ☐ DOENÇA BEHÇET
 4- ☐ ENDOCARDITE
 4- ☐ EHLER-DANLOS
 4- ☐ MARFAN
 4- ☐ FIBROSDISPLASIA
 4- ☐ TROMBOFILIA
 5- ☐ DEFICIÊNCIA DE ANTITROMBINA
 5- ☐ DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA C
 5- ☐ DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA S
 5- ☐ MUTAÇÃO DO FATOR V DE LEIDEN
 5- ☐ MUTAÇÃO DA PRÓTROMBINA
 5- ☐ HIPER-HOMOCISTEINEMIA
 5- ☐ FATOR VIII ELEVADO
 4- ☐ TROMBOSE VENOSA
 4- ☐ INFECÇÃO
 5- ☐ POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS
 5- ☐ POR SALMONELA
 5- ☐ POR STREPTOCOCCO
 5- ☐ SÍFILIS
 5- ☐ TUBERCULOSE
 5- ☐ ENDOCARDITE
 4- ☐ TRAUMA
 5- ☐ ACIDENTAL
 6- ☐ ABERTO

7 - ☐ FAF
 7 - ☐ FAB
 7 - ☐ OUTROS
 6 - ☐ FECHADO
 5 - ☐ IATROGÊNICO
 6 - ☐ VASCULAR
 7 - ☐ ARTERIAL
 7 - ☐ VENOSO
 6 - ☐ ENDOVASCULAR
 6 - ☐ ORTOPÉDICO
 6 - ☐ HEPATO-BILIAR
 7 - ☐ COLECISTECTOMIA
 7 - ☐ BIÓPSIA HEPÁTICA
 4 - ☐ SÍNDROME DESFILADEIRO CERVICO TORÁCICO
 5 - ☐ DIREITO
 5 - ☐ ESQUERDO
 4 - ☐ APRISIONAMENTO DA ARTERIA POPLITEA
 5 - ☐ DIREITA
 5 - ☐ ESQUERDA
 4 - ☐ PÓS-OPERATÓRIO
 5 - ☐ CIRURGIA ARTERIAL
 6 - ☐ USO DE PRÓTESE
 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
 8 - ☐ DIREITO
 8 - ☐ ESQUERDO
 7 - ☐ CERVICAL
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ TORACICA NÃO CARDÍACA
 7 - ☐ ABDOMINAL
 8 - ☐ AORTICA
 8 - ☐ AORTOILÍACO
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 6 - ☐ USO DE VEIA
 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
 8 - ☐ DIREITO
 8 - ☐ ESQUERDO
 7 - ☐ CERVICAL
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ TORACICA NÃO CARDÍACA
 7 - ☐ ABDOMINAL
 8 - ☐ AORTICA
 8 - ☐ AORTOILÍACO
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 6 - ☐ USO DE ENDOPROTESE STENT
 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
 8 - ☐ DIREITO
 8 - ☐ ESQUERDO
 7 - ☐ CERVICAL
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ TORACICA NÃO CARDÍACA
 7 - ☐ ABDOMINAL
 8 - ☐ AORTICA
 8 - ☐ AORTOILÍACO
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 6 - ☐ ENDARTERECTOMIA
 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
 8 - ☐ DIREITO
 8 - ☐ ESQUERDO
 7 - ☐ CERVICAL
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ TORACICA NÃO CARDÍACA
 7 - ☐ ABDOMINAL
 8 - ☐ AORTICA
 8 - ☐ AORTOILÍACO
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 6 - ☐ ASSOCIADO A BY PASS / ANASTOMOSE
 7 - ☐ SIM
 7 - ☐ NÃO
 6 - ☐ TROMBOEMBOLECTOMIA
 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
 8 - ☐ DIREITO
 8 - ☐ ESQUERDO
 7 - ☐ CERVICAL
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ TORACICA NÃO CARDÍACA
 7 - ☐ ABDOMINAL
 8 - ☐ AORTICA
 8 - ☐ AORTOILÍACO
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 6 - ☐ EMBOLECTOMIA PULMONAR
 6 - ☐ TROMBOLISE
 5 - ☐ CIRURGIA VENOSA
 6 - ☐ CIRURGIA SISTEMA VENOSO PROFUNDO DOS
 MEMBROS INFERIORES
 6 - ☐ TROMBECTOMIA VENOSA

7 - ☐ SAFENA MAGNA DIREITA
 7 - ☐ SAFENA MAGNA ESQUERDA
 6 - ☐ VARIZES
 7 - ☐ LIGADURA CROÇA VEIA SAFENA MAGNA DIREITA
 8 - ☐ SIM
 8 - ☐ NÃO
 7 - ☐ LIGADURA CROÇA VEIA SAFENA MAGNA ESQUERDA
 8 - ☐ SIM
 8 - ☐ NÃO
 7 - ☐ LIGADURA CROÇA VEIA SAFENA PARVA DIREITA
 8 - ☐ SIM
 8 - ☐ NÃO
 7 - ☐ LIGADURA CROÇA VEIA SAFENA PARVA ESQUERDA
 8 - ☐ SIM
 8 - ☐ NÃO
 7 - ☐ SAFENECTOMIA
 8 - ☐ NÃO
 8 - ☐ SIM
 9 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 10 - ☐ MAGNA
 11 - ☐ TOTAL
 11 - ☐ PARCIAL
 12 - ☐ PROXIMAL
 12 - ☐ DISTAL
 10 - ☐ PARVA
 11 - ☐ TOTAL
 11 - ☐ PARCIAL
 12 - ☐ PROXIMAL
 12 - ☐ DISTAL
 9 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 10 - ☐ MAGNA
 11 - ☐ TOTAL
 11 - ☐ PARCIAL
 12 - ☐ PROXIMAL
 12 - ☐ DISTAL
 10 - ☐ PARVA
 11 - ☐ TOTAL
 11 - ☐ PARCIAL
 12 - ☐ PROXIMAL
 12 - ☐ DISTAL
 6 - ☐ FILTRO DE VEIA CAVA INFERIOR
 5 - ☐ QUIMIOTERAPIA
 5 - ☐ TRANSPLANTE
 6 - ☐ SIM
 7 - ☐ RENAL
 8 - ☐ AUTOTRANSPLANTE
 8 - ☐ INTERVIVOS
 8 - ☐ DOADOR CADAVER
 7 - ☐ HEPATICO
 7 - ☐ CARDIACO
 6 - ☐ NÃO
 4 - ☐ OUTRAS DOENÇAS
 5 - ☐ PÓS COLECISTITE
 5 - ☐ PÓS PANCREATITE
 6 - ☐ AGUDA
 6 - ☐ CRÔNICA
 7 - ☐ PSEUDOCISTO
 5 - ☐ NEOPLASIA
 3 - ☐ ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES
 4 - ☐ DIABETES MELITUS
 4 - ☐ DOENÇA CARDÍACA
 4 - ☐ DOENÇA VASCULAR
 5 - ☐ ARTERIAL
 6 - ☐ DOENÇA ANEURISMÁTICA
 6 - ☐ DOENÇA OCLUSIVA
 4 - ☐ DISLIPIDEMIA
 4 - ☐ HIPERTENSÃO
 3 - ☐ CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA
 4 - ☐ TABAGISMO
 4 - ☐ ETILISMO
 4 - ☐ SEDENTARISMO
 4 - ☐ ATIVIDADE FÍSICA REGULAR
 4 - ☐ USO DE DROGAS INJETÁVEIS
 4 - ☐ USO DE MEDICAMENTOS
 5 - ☐ ANTICONCEPCIONAL
 5 - ☐ TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL
 5 - ☐ ANTICOAGULANTE
 5 - ☐ ANTIAGREGANTE
 5 - ☐ ANTIBIÓTICO
 5 - ☐ ANTIHIPERTENSIVO
 6 - ☐ UM
 6 - ☐ DOIS
 6 - ☐ TRÊS OU MAIS
 6 - ☐ ESTATINAS
 5 - ☐ FLEBOTÔNICOS
 5 - ☐ CORTICÓIDE
 5 - ☐ ANTINFLAMATÓRIO
 5 - ☐ OUTROS
 4 - ☐ IMOBILIZAÇÃO
 2 - ☐ EXAME FÍSICO
 3 - ☐ GERAL
 4 - ☐ PRESSÃO ARTERIAL
 5 - ☐ HIPERTENSÃO
 5 - ☐ NORMOTENSO
 5 - ☐ HIPOTENSO
 4 - ☐ FREQUÊNCIA CARDÍACA
 5 - ☐ TAQUICARDIA
 5 - ☐ NORMAL
 5 - ☐ BRADICARDIA
 5 - ☐ ARRITMIA
 4 - ☐ FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
 5 - ☐ NORMAL
 5 - ☐ DISPNEIA
 4 - ☐ TEMPERATURA
 5 - ☐ FEBRIL
 5 - ☐ AFEBRIL
 4 - ☐ PESO
 5 - ☐ OBESIDADE MÓRBIDA IMC >40
 5 - ☐ OBESIDADE IMC 31 E 40
 5 - ☐ SOBREPESO IMC 26 E 30

5- ☐ SAUDÁVEL 18,5 E 25 U
 5- ☐ EMAGRECIDO <18 U
 4- ☐ SUDORESE
 4- ☐ ICTERICIA
 4- ☐ HIPOCORADO
 3- ☐ REGIÃO CERVICAL
 4- ☐ INSPEÇÃO
 5- ☐ NORMAL
 5- ☐ ANORMAL
 6- ☐ CICATRIZ CIRÚRGICA
 7- ☐ DIREITA
 7- ☐ ESQUERDA
 7- ☐ AUSENTE
 6- ☐ TUMORAÇÃO
 7- ☐ AUSENTE
 7- ☐ PRESENTE
 8- ☐ PULSÁTIL
 9- ☐ DIREITA
 9- ☐ ESQUERDA
 8- ☐ NÃO PULSÁTIL
 9- ☐ DIREITA
 9- ☐ ESQUERDA
 6- ☐ EDEMA
 7- ☐ AUSENTE
 7- ☐ PRESENTE
 8- ☐ DIREITO
 8- ☐ ESQUERDO
 6- ☐ CIRCULAÇÃO COLATERAL
 7- ☐ AUSENTE
 7- ☐ PRESENTE
 8- ☐ DIREITO
 8- ☐ ESQUERDO
 5- ☐ NÃO REALIZADO
 4- ☐ PALPAÇÃO
 5- ☐ NORMAL
 5- ☐ ANORMAL
 6- ☐ FRÊMITO
 7- ☐ DIREITA
 7- ☐ ESQUERDA
 6- ☐ PULSO CAROTÍDEO
 7- ☐ DIMUÍDO
 8- ☐ DIREITA
 8- ☐ ESQUERDA
 7- ☐ AUSENTE
 8- ☐ DIREITA
 8- ☐ ESQUERDA
 7- ☐ AUMENTADO
 8- ☐ DIREITA
 8- ☐ ESQUERDA
 6- ☐ TUMORAÇÃO PULSÁTIL
 7- ☐ DIREITA
 8- ☐ DOLOROSO
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 7- ☐ ESQUERDA
 8- ☐ DOLOROSO
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 5- ☐ NÃO REALIZADO
 4- ☐ AUSCULTA
 5- ☐ NORMAL
 5- ☐ ANORMAL
 6- ☐ SOPRO À DIREITA
 7- ☐ SISTÓLICO
 7- ☐ SISTODIASTÓLICO
 7- ☐ AUSENTE
 6- ☐ SOPRO À ESQUERDA
 7- ☐ SISTÓLICO
 7- ☐ SISTODIASTÓLICO
 7- ☐ AUSENTE
 5- ☐ NÃO REALIZADA
 3- ☐ TORÁCICO
 4- ☐ INSPEÇÃO
 5- ☐ NORMAL
 5- ☐ ANORMAL
 6- ☐ CIRCULAÇÃO COLATERAL
 7- ☐ AUSENTE
 7- ☐ PRESENTE
 8- ☐ DIREITO
 8- ☐ ESQUERDO
 6- ☐ CICATRIZ CIRÚRGICA
 7- ☐ AUSENTE
 7- ☐ PRESENTE
 8- ☐ DIREITO
 8- ☐ ESQUERDO
 5- ☐ NÃO REALIZADA
 4- ☐ AUSCULTA
 5- ☐ NORMAL
 5- ☐ ANORMAL
 6- ☐ SOPRO PRECORDIAL
 7- ☐ PRESENTE
 7- ☐ AUSENTE
 5- ☐ NÃO REALIZADA
 3- ☐ MEMBROS SUPERIORES
 4- ☐ INSPEÇÃO
 5- ☐ MEMBRO SUPERIOR DIREITO
 6- ☐ BRAÇO
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ ANORMAL
 8- ☐ TUMORAÇÃO
 8- ☐ CIANOSE
 8- ☐ PALIDEZ
 8- ☐ HIPEREMIA
 8- ☐ CICATRIZ
 8- ☐ EDEMA
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 6- ☐ FOSSA CUBITAL
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ ANORMAL
 8- ☐ TUMORAÇÃO

8 - ☐ CIANOSE
 8 - ☐ PALIDEZ
 8 - ☐ HIPEREMIA
 8 - ☐ CICATRIZ
 8 - ☐ EDEMA
 7 - ☐ NAO REALIZADA
 6 - ☐ ANTEBRAÇO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANORMAL
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ CIANOSE
 8 - ☐ PALIDEZ
 8 - ☐ HIPEREMIA
 8 - ☐ CICATRIZ
 8 - ☐ EDEMA
 7 - ☐ NAO REALIZADA
 6 - ☐ MÃO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANORMAL
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ CIANOSE
 9 - ☐ FIXA
 10 - ☐ SIM
 10 - ☐ NÃO
 8 - ☐ PALIDEZ
 8 - ☐ HIPEREMIA
 8 - ☐ CICATRIZ
 8 - ☐ EDEMA
 8 - ☐ LESÃO TRÓFICA
 8 - ☐ ÚLCERA
 9 - ☐ ABERTA
 9 - ☐ CICATRIZADA
 8 - ☐ GANGRENA
 9 - ☐ SECA
 9 - ☐ UMIDA
 7 - ☐ NAO REALIZADA
 6 - ☐ QUIRODÁTILOS
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANORMAL
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ CIANOSE
 9 - ☐ FIXA
 10 - ☐ SIM
 10 - ☐ NÃO
 8 - ☐ PALIDEZ
 8 - ☐ HIPEREMIA
 8 - ☐ CICATRIZ
 8 - ☐ EDEMA
 8 - ☐ LESÃO TRÓFICA
 8 - ☐ ÚLCERA
 9 - ☐ ABERTA
 9 - ☐ CICATRIZADA
 8 - ☐ GANGRENA
 9 - ☐ SECA
 9 - ☐ UMIDA
 7 - ☐ NAO REALIZADA
 5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
 6 - ☐ BRAÇO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANORMAL
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ CIANOSE
 8 - ☐ PALIDEZ
 8 - ☐ HIPEREMIA
 8 - ☐ CICATRIZ
 8 - ☐ EDEMA
 7 - ☐ NAO REALIZADA
 6 - ☐ FOSSA CUBITAL
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANORMAL
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ CIANOSE
 8 - ☐ PALIDEZ
 8 - ☐ HIPEREMIA
 8 - ☐ CICATRIZ
 8 - ☐ EDEMA
 7 - ☐ NAO REALIZADA
 6 - ☐ ANTEBRAÇO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANORMAL
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ CIANOSE
 8 - ☐ PALIDEZ
 8 - ☐ HIPEREMIA
 8 - ☐ CICATRIZ
 8 - ☐ EDEMA
 7 - ☐ NAO REALIZADA
 6 - ☐ MÃO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANORMAL
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ CIANOSE
 9 - ☐ FIXA
 10 - ☐ SIM
 10 - ☐ NÃO
 8 - ☐ PALIDEZ
 8 - ☐ HIPEREMIA
 8 - ☐ CICATRIZ
 8 - ☐ EDEMA
 8 - ☐ LESÃO TRÓFICA
 8 - ☐ ÚLCERA
 9 - ☐ ABERTA
 9 - ☐ CICATRIZADA
 8 - ☐ GANGRENA
 9 - ☐ SECA
 9 - ☐ UMIDA
 7 - ☐ NAO REALIZADA
 6 - ☐ QUIRODÁTILOS
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANORMAL

8 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ CIANOSE
 9 - ☐ FIXA
 10 - ☐ SIM
 10 - ☐ NÃO
 8 - ☐ PALIDEZ
 8 - ☐ HIPEREMIA
 8 - ☐ CICATRIZ
 8 - ☐ EDEMA
 8 - ☐ LESÃO TRÓFICA
 8 - ☐ ÚLCERA
 9 - ☐ ABERTA
 9 - ☐ CICATRIZADA
 8 - ☐ GANGRENA
 9 - ☐ SECA
 9 - ☐ UMIDA
 7 - ☐ NAO REALIZADA
 4 - ☐ PALPAÇÃO
 5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR DIREITO
 6 - ☐ BRAÇO
 7 - ☐ PULSO AXILAR
 8 - ☐ PRESENTE
 9 - ☐ DIMUÍDO
 9 - ☐ AUMENTADO
 9 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ PULSO BRAQUIAL
 8 - ☐ PRESENTE
 9 - ☐ DIMUÍDO
 9 - ☐ AUMENTADO
 9 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ FRÊMUTO
 8 - ☐ PRESENTE
 8 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ PULSÁTIL
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 8 - ☐ DOLOROSA
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 8 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ SENSIBILIDADE
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADA
 7 - ☐ MOTRICIDADE
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADO
 7 - ☐ MUSCULAR
 8 - ☐ DOLOROSA
 8 - ☐ INDOLOR
 8 - ☐ EMPASTAMENTO
 7 - ☐ DOR À PALPAÇÃO DE TRAJETO VENOSO
 8 - ☐ SIM
 8 - ☐ NAO
 6 - ☐ FOSSA CUBITAL
 7 - ☐ PULSO BRAQUIAL
 8 - ☐ PRESENTE
 9 - ☐ DIMUÍDO
 9 - ☐ AUMENTADO
 9 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ FRÊMUTO
 8 - ☐ PRESENTE
 8 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ PULSÁTIL
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 8 - ☐ DOLOROSA
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 8 - ☐ AUSENTE
 6 - ☐ ANTEBRAÇO
 7 - ☐ PULSO RADIAL
 8 - ☐ DIMUÍDO
 8 - ☐ AUMENTADO
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ PULSO ULNAR
 8 - ☐ DIMUÍDO
 8 - ☐ AUMENTADO
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ FRÊMUTO
 8 - ☐ PRESENTE
 8 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ TUMORAÇÃO
 8 - ☐ PULSÁTIL
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 8 - ☐ DOLOROSA
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 8 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ SENSIBILIDADE
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADA
 7 - ☐ MOTRICIDADE
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADO
 7 - ☐ MUSCULAR
 8 - ☐ DOLOROSA
 8 - ☐ INDOLOR
 8 - ☐ EMPASTAMENTO
 7 - ☐ DOR À PALPAÇÃO DE TRAJETO VENOSO
 8 - ☐ SIM
 8 - ☐ NAO
 6 - ☐ MÃO

7- ☐ FRÊMITO
 8- ☐ PRESENTE
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ TESTE DE ALLEN
 8- ☐ POSITIVO
 9- ☐ RADIAL
 9- ☐ ULNAR
 8- ☐ NEGATIVO
 9- ☐ RADIAL
 9- ☐ ULNAR
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 8- ☐ PULSÁTIL
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 8- ☐ DOLOROSA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 7- ☐ TEMPERATURA
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ DIMINUÍDA
 8- ☐ AUMENTADA
 7- ☐ SENSIBILIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADA
 7- ☐ MOTRICIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADO
 6- ☐ QUIRODÁCTILOS
 7- ☐ TEMPERATURA
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ DIMINUÍDA
 8- ☐ AUMENTADA
 7- ☐ SENSIBILIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADA
 7- ☐ MOTRICIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADO
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ DIMINUÍDA
 9- ☐ AUMENTADA
 5- ☐ MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
 6- ☐ BRAÇO
 7- ☐ PULSO AXILAR
 8- ☐ PRESENTE
 9- ☐ DIMUÍDO
 9- ☐ AUMENTADO
 9- ☐ NORMAL
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ PULSO BRAQUIAL
 8- ☐ PRESENTE
 9- ☐ DIMUÍDO
 9- ☐ AUMENTADO
 9- ☐ NORMAL
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ FRÊMITO
 8- ☐ PRESENTE
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 8- ☐ PULSÁTIL
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 8- ☐ DOLOROSA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ SENSIBILIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADA
 7- ☐ MOTRICIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADO
 7- ☐ MUSCULAR
 8- ☐ DOLOROSA
 8- ☐ INDOLOR
 8- ☐ EMPASTAMENTO
 7- ☐ DOR À PALPAÇÃO DE TRAJETO VENOSO
 8- ☐ SIM
 8- ☐ NÃO
 6- ☐ FOSSA CUBITAL
 7- ☐ PULSO BRAQUIAL
 8- ☐ PRESENTE
 9- ☐ DIMUÍDO
 9- ☐ AUMENTADO
 9- ☐ NORMAL
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ FRÊMITO
 8- ☐ PRESENTE
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 8- ☐ PULSÁTIL
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 8- ☐ DOLOROSA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 8- ☐ AUSENTE
 6- ☐ ANTEBRAÇO
 7- ☐ PULSO RADIAL
 8- ☐ DIMUÍDO
 8- ☐ AUMENTADO
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ PULSO ULNAR
 8- ☐ DIMUÍDO
 8- ☐ AUMENTADO
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ FRÊMITO
 8- ☐ PRESENTE

8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 8- ☐ PULSÁTIL
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 8- ☐ DOLOROSA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ SENSIBILIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADA
 7- ☐ MOTRICIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADO
 7- ☐ MUSCULAR
 8- ☐ DOLOROSA
 8- ☐ INDOLOR
 8- ☐ EMPASTAMENTO
 7- ☐ DOR À PALPAÇÃO DE TRAJETO VENOSO
 8- ☐ SIM
 8- ☐ NÃO
 6- ☐ MÃO
 7- ☐ FRÊMITO
 8- ☐ PRESENTE
 8- ☐ AUSENTE
 7- ☐ TESTE DE ALLEN
 8- ☐ POSITIVO
 9- ☐ RADIAL
 9- ☐ ULNAR
 8- ☐ NEGATIVO
 9- ☐ RADIAL
 9- ☐ ULNAR
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 8- ☐ PULSÁTIL
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 8- ☐ DOLOROSA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 7- ☐ TEMPERATURA
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ DIMINUÍDA
 8- ☐ AUMENTADA
 7- ☐ SENSIBILIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADA
 7- ☐ MOTRICIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADO
 6- ☐ QUIRODÁCTILOS
 7- ☐ TEMPERATURA
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ DIMINUÍDA
 8- ☐ AUMENTADA
 7- ☐ SENSIBILIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADA
 7- ☐ MOTRICIDADE
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADO
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ DIMINUÍDA
 9- ☐ AUMENTADA
 4- ☐ AUSCULTA
 5- ☐ MEMBRO SUPERIOR DIREITO
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ANORMAL
 7- ☐ SOPRO
 8- ☐ AXILAR
 8- ☐ BRAÇO
 8- ☐ FOSSA CUBITAL
 8- ☐ ANTEBRAÇO
 6- ☐ NÃO REALIZADO
 5- ☐ MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ANORMAL
 7- ☐ SOPRO
 8- ☐ AXILAR
 8- ☐ BRAÇO
 8- ☐ FOSSA CUBITAL
 8- ☐ ANTEBRAÇO
 6- ☐ NÃO REALIZADO
 4- ☐ MANOBRAS ESPECIAIS
 5- ☐ MEMBRO SUPERIOR DIREITO
 6- ☐ MANOBRA DE ADSON OU DOS ESCALENOS
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ MANOBRA COSTOCLAVICULAR
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ MANOBRA HIPERABDUÇÃO OU DE WRIGHT
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ TESTE DE ROSS
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ TESTE DE ELVEY
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA

5 - ☐ MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
 6 - ☐ MANOBRA DE ADSON OU DOS ESCALENOS
 7 - ☐ NÃO REALIZADA
 7 - ☐ REALIZADO
 8 - ☐ POSITIVA
 8 - ☐ NEGATIVA
 6 - ☐ MANOBRA COSTOCLAVICULAR
 7 - ☐ NÃO REALIZADA
 7 - ☐ REALIZADO
 8 - ☐ POSITIVA
 8 - ☐ NEGATIVA
 6 - ☐ MANOBRA HIPERABDUÇÃO OU DE WRIGHT
 7 - ☐ NÃO REALIZADA
 7 - ☐ REALIZADO
 8 - ☐ POSITIVA
 8 - ☐ NEGATIVA
 6 - ☐ TESTE DE ROSS
 7 - ☐ NÃO REALIZADA
 7 - ☐ REALIZADO
 8 - ☐ POSITIVA
 8 - ☐ NEGATIVA
 6 - ☐ TESTE DE ELVEY
 7 - ☐ NÃO REALIZADA
 7 - ☐ REALIZADO
 8 - ☐ POSITIVA
 8 - ☐ NEGATIVA
 3 - ☐ ABDOMINAL
 4 - ☐ INSPEÇÃO
 5 - ☐ NORMAL
 5 - ☐ ANORMAL
 6 - ☐ CIRCULAÇÃO COLATERAL
 7 - ☐ PRESENTE
 7 - ☐ AUSENTE
 6 - ☐ DISTENSÃO
 7 - ☐ PRESENTE
 7 - ☐ AUSENTE
 5 - ☐ NÃO REALIZADA
 4 - ☐ PALPAÇÃO
 5 - ☐ NORMAL
 5 - ☐ NÃO REALIZADA
 5 - ☐ ANORMAL
 6 - ☐ TUMORAÇÃO
 7 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ PRESENTE
 8 - ☐ LOCALIZAÇÃO
 9 - ☐ EPIGASTRICO
 9 - ☐ HIPOCÔNDRIO
 10 - ☐ DIREITO
 10 - ☐ ESQUERDO
 9 - ☐ FOSSA ILÍACA
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ MESOGASTRICO
 9 - ☐ INDEFINIDA (SINAL DE DEBAKEY)
 8 - ☐ INDOLOR
 8 - ☐ DOLOROSA
 8 - ☐ PULSÁTIL
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 6 - ☐ TOQUE RETAL
 7 - ☐ NÃO REALIZADO
 7 - ☐ TUMOR PUSÁTIL
 8 - ☐ SIM
 8 - ☐ NÃO
 6 - ☐ TOQUE VAGINAL
 7 - ☐ NÃO REALIZADO
 7 - ☐ TUMOR PUSÁTIL
 8 - ☐ SIM
 8 - ☐ NÃO
 4 - ☐ AUSCULTA
 5 - ☐ NORMAL
 5 - ☐ ALTERADO
 6 - ☐ SOPRO
 6 - ☐ PRESENTE
 6 - ☐ AUSENTE
 5 - ☐ NÃO REALIZADO
 3 - ☐ MEMBROS INFERIORES
 4 - ☐ INSPEÇÃO
 5 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 6 - ☐ NÃO REALIZADA
 6 - ☐ INGUINAL
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ TUMORAÇÃO
 7 - ☐ HIPEREMIA
 7 - ☐ CICATRIZ
 6 - ☐ COXA
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ TUMORAÇÃO
 7 - ☐ CIANOSE
 8 - ☐ FIXA
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 7 - ☐ HIPEREMIA
 7 - ☐ CICATRIZ
 7 - ☐ EDEMA
 7 - ☐ HIPERTROFIA
 7 - ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)
 7 - ☐ TELANGIECTASIAS
 7 - ☐ VENULECTASIAS
 7 - ☐ VEIAS RETICULARES
 7 - ☐ VARIZES
 6 - ☐ FOSSA POPLÍTEA
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ TUMORAÇÃO
 7 - ☐ HIPEREMIA
 7 - ☐ CICATRIZ
 7 - ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)
 7 - ☐ TELANGIECTASIAS
 7 - ☐ VENULECTASIAS
 7 - ☐ VEIAS RETICULARES

7- ☐ VARIZES
 7- ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 6- ☐ EM PERNA
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 7- ☐ CIANOSE
 8- ☐ FIXA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 7- ☐ HIPEREMIA
 7- ☐ CICATRIZ
 7- ☐ EDEMA
 7- ☐ HIPERTROFIA
 7- ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)
 7- ☐ TELANGIECTASIAS
 7- ☐ VENULECTASIAS
 7- ☐ VEIAS RETICULARES
 7- ☐ VARIZES
 7- ☐ LESÃO TRÓFICA
 8- ☐ ÚLCERA
 9- ☐ ABERTA
 9- ☐ CICATRIZADA
 8- ☐ GANGRENA
 9- ☐ SECA
 9- ☐ ÚMIDA
 7- ☐ DIMINUIÇÃO DE FÂNEROS
 7- ☐ DERMATITE OCRE
 7- ☐ ATROFIA BRANCA
 7- ☐ ECZEMA
 7- ☐ LIPODERMATOESCLEROSE
 7- ☐ ANQUILOSE TIBIOTÁRSICA
 7- ☐ PALIDEZ
 6- ☐ PÉ
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 7- ☐ CIANOSE
 8- ☐ FIXA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 7- ☐ HIPEREMIA
 7- ☐ CICATRIZ
 7- ☐ EDEMA
 7- ☐ HIPERTROFIA
 7- ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)
 7- ☐ TELANGIECTASIAS
 7- ☐ VENULECTASIAS
 7- ☐ VEIAS RETICULARES
 7- ☐ VARIZES
 7- ☐ LESÃO TRÓFICA
 8- ☐ ÚLCERA
 9- ☐ ABERTA
 9- ☐ CICATRIZADA
 8- ☐ GANGRENA
 9- ☐ SECA
 9- ☐ ÚMIDA
 7- ☐ DIMINUIÇÃO DE FÂNEROS
 7- ☐ DERMATITE OCRE
 7- ☐ ATROFIA BRANCA
 7- ☐ ECZEMA
 7- ☐ LIPODERMATOESCLEROSE
 7- ☐ ANQUILOSE TIBIOTÁRSICA
 7- ☐ PALIDEZ
 6- ☐ PODODÁTILOS
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ HIPEREMIA
 7- ☐ ALTERAÇÃO DE FÂNEROS
 7- ☐ EDEMA
 7- ☐ CIANOSE
 8- ☐ FIXA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 7- ☐ PALIDEZ
 7- ☐ LESÃO TRÓFICA
 8- ☐ ÚLCERA
 9- ☐ ABERTA
 9- ☐ CICATRIZADA
 8- ☐ GANGRENA
 9- ☐ SECA
 9- ☐ ÚMIDA
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 6- ☐ NÃO REALIZADA
 6- ☐ INGUINAL
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 7- ☐ HIPEREMIA
 7- ☐ CICATRIZ
 6- ☐ COXA
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 7- ☐ CIANOSE
 8- ☐ FIXA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 7- ☐ HIPEREMIA
 7- ☐ CICATRIZ
 7- ☐ EDEMA
 7- ☐ HIPERTROFIA
 7- ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)
 7- ☐ TELANGIECTASIAS
 7- ☐ VENULECTASIAS
 7- ☐ VEIAS RETICULARES
 7- ☐ VARIZES
 6- ☐ FOSSA POPLÍTEA
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 7- ☐ HIPEREMIA
 7- ☐ CICATRIZ
 7- ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)
 7- ☐ TELANGIECTASIAS
 7- ☐ VENULECTASIAS

7- ☐ VEIAS RETICULARES
 7- ☐ VARIZES
 7- ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 6- ☐ EM PERNA
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 7- ☐ CIANOSE
 8- ☐ FIXA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 7- ☐ HIPEREMIA
 7- ☐ CICATRIZ
 7- ☐ EDEMA
 7- ☐ HIPERTROFIA
 7- ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)
 7- ☐ TELANGIECTASIAS
 7- ☐ VENULECTASIAS
 7- ☐ VEIAS RETICULARES
 7- ☐ VARIZES
 7- ☐ LESÃO TRÓFICA
 8- ☐ ÚLCERA
 9- ☐ ABERTA
 9- ☐ CICATRIZADA
 8- ☐ GANGRENA
 9- ☐ SECA
 9- ☐ ÚMIDA
 7- ☐ DIMINUIÇÃO DE FÂNEROS
 7- ☐ DERMATITE OCRES
 7- ☐ ATROFIA BRANCA
 7- ☐ ECZEMA
 7- ☐ LIPODERMATOESCLEROSE
 7- ☐ ANQUILOSE TIBIOTÁRSICA
 7- ☐ PALIDEZ
 6- ☐ PÉ
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ TUMORAÇÃO
 7- ☐ CIANOSE
 8- ☐ FIXA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 7- ☐ HIPEREMIA
 7- ☐ CICATRIZ
 7- ☐ EDEMA
 7- ☐ HIPERTROFIA
 7- ☐ MANCHAS (TIPO VINHO DO PORTO)
 7- ☐ TELANGIECTASIAS
 7- ☐ VENULECTASIAS
 7- ☐ VEIAS RETICULARES
 7- ☐ VARIZES
 7- ☐ LESÃO TRÓFICA
 8- ☐ ÚLCERA
 9- ☐ ABERTA
 9- ☐ CICATRIZADA
 8- ☐ GANGRENA
 9- ☐ SECA
 9- ☐ ÚMIDA
 7- ☐ DIMINUIÇÃO DE FÂNEROS
 7- ☐ DERMATITE OCRES
 7- ☐ ATROFIA BRANCA
 7- ☐ ECZEMA
 7- ☐ LIPODERMATOESCLEROSE
 7- ☐ ANQUILOSE TIBIOTÁRSICA
 7- ☐ PALIDEZ
 6- ☐ PODODÁTILOS
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ HIPEREMIA
 7- ☐ ALTERAÇÃO DE FÂNEROS
 7- ☐ EDEMA
 7- ☐ CIANOSE
 8- ☐ FIXA
 9- ☐ SIM
 9- ☐ NÃO
 7- ☐ PALIDEZ
 7- ☐ LESÃO TRÓFICA
 8- ☐ ÚLCERA
 9- ☐ ABERTA
 9- ☐ CICATRIZADA
 8- ☐ GANGRENA
 9- ☐ SECA
 9- ☐ ÚMIDA
 4- ☐ PALPAÇÃO
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 6- ☐ NÃO REALIZADA
 6- ☐ REALIZADA
 7- ☐ INGUINAL
 8- ☐ TEMPERATURA
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ DIMINUÍDA
 9- ☐ AUMENTADA
 8- ☐ PULSO FEMORAL
 9- ☐ PRESENTE
 10- ☐ DIMINUIDO
 10- ☐ AUMENTADO
 10- ☐ NORMAL
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ FRÊMITO
 9- ☐ PRESENTE
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ TUMORAÇÃO
 9- ☐ PRESENTE
 10- ☐ PULSÁTIL
 11- ☐ SIM
 11- ☐ NÃO
 10- ☐ DOLOROSA
 11- ☐ SIM
 11- ☐ NÃO
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 7- ☐ COXA
 8- ☐ TEMPERATURA

9 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ DIMINUÍDA
 9 - ☐ AUMENTADA
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
 9 - ☐ PRESENTE
 10 - ☐ PULSÁTIL
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 10 - ☐ DOLOROSA
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 9 - ☐ AUSENTE
 8 - ☐ FRÊMITO
 9 - ☐ PRESENTE
 9 - ☐ AUSENTE
 8 - ☐ MUSCULAR
 9 - ☐ DOLOROSA
 9 - ☐ INDOLOR
 9 - ☐ EMPASTAMENTO
 8 - ☐ SENSIBILIDADE
 9 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ ALTERADA
 8 - ☐ MOTRICIDADE
 9 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 9 - ☐ PRESENTE
 9 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ FOSSA POPLÍTEA
 8 - ☐ PULSO POPLITEOFEMORAL
 9 - ☐ PRESENTE
 10 - ☐ DIMUÍDO
 10 - ☐ AUMENTADO
 10 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ AUSENTE
 8 - ☐ FRÊMITO
 9 - ☐ PRESENTE
 9 - ☐ AUSENTE
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
 9 - ☐ PRESENTE
 10 - ☐ PULSÁTIL
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 10 - ☐ DOLOROSA
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 9 - ☐ AUSENTE
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 9 - ☐ PRESENTE
 9 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ EM PERNA
 8 - ☐ TEMPERATURA
 9 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ DIMINUÍDA
 9 - ☐ AUMENTADA
 8 - ☐ TUMORAÇÃO
 9 - ☐ PRESENTE
 10 - ☐ PULSÁTIL
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 10 - ☐ DOLOROSA
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 9 - ☐ AUSENTE
 8 - ☐ FRÊMITO
 9 - ☐ PRESENTE
 9 - ☐ AUSENTE
 8 - ☐ MUSCULAR
 9 - ☐ DOLOROSA
 9 - ☐ INDOLOR
 9 - ☐ EMPASTAMENTO
 8 - ☐ SENSIBILIDADE
 9 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ ALTERADA
 8 - ☐ MOTRICIDADE
 9 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 9 - ☐ PRESENTE
 9 - ☐ AUSENTE
 8 - ☐ PULSO TIBIAL POSTERIOR
 9 - ☐ PRESENTE
 10 - ☐ MINUÍDO
 10 - ☐ AUMENTADO
 10 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ AUSENTE
 7 - ☐ PÉ
 8 - ☐ TEMPERATURA
 9 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ DIMINUÍDA
 9 - ☐ AUMENTADA
 8 - ☐ PULSO PEDIOSO
 9 - ☐ PRESENTE
 10 - ☐ MINUÍDO
 10 - ☐ AUMENTADO
 10 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ AUSENTE
 8 - ☐ SENSIBILIDADE
 9 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ ALTERADA
 8 - ☐ MOTRICIDADE
 9 - ☐ NORMAL
 9 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 9 - ☐ PRESENTE
 9 - ☐ AUSENTE
 6 - ☐ PODODÁCTILOS
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ DIMINUÍDA
 7 - ☐ AUMENTADA

8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADA
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ ALTERADO
 7- ☐ ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL
 8- ☐ NÃO REALIZADO
 8- ☐ REALIZADO
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ <0,9
 9- ☐ <0,3...U
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 6- ☐ NÃO REALIZADA
 6- ☐ REALIZADA
 7- ☐ INGUINAL
 8- ☐ TEMPERATURA
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ DIMINUÍDA
 9- ☐ AUMENTADA
 8- ☐ PULSO FEMORAL
 9- ☐ PRESENTE
 10- ☐ DIMUÍDO
 10- ☐ AUMENTADO
 10- ☐ NORMAL
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ FRÊMITO
 9- ☐ PRESENTE
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ TUMORAÇÃO
 9- ☐ PRESENTE
 10- ☐ PULSÁTIL
 11- ☐ SIM
 11- ☐ NÃO
 10- ☐ DOLOROSA
 11- ☐ SIM
 11- ☐ NÃO
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 7- ☐ COXA
 8- ☐ TEMPERATURA
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ DIMINUÍDA
 9- ☐ AUMENTADA
 8- ☐ TUMORAÇÃO
 9- ☐ PRESENTE
 10- ☐ PULSÁTIL
 11- ☐ SIM
 11- ☐ NÃO
 10- ☐ DOLOROSA
 11- ☐ SIM
 11- ☐ NÃO
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ FRÊMITO
 9- ☐ PRESENTE
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ MUSCULAR
 9- ☐ DOLOROSA
 9- ☐ INDOLOR
 9- ☐ EMPASTAMENTO
 8- ☐ SENSIBILIDADE
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ ALTERADA
 8- ☐ MOTRICIDADE
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ ALTERADO
 8- ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 9- ☐ PRESENTE
 9- ☐ AUSENTE
 7- ☐ FOSSA POPLÍTEA
 8- ☐ PULSO POPLITEOFEMORAL
 9- ☐ PRESENTE
 10- ☐ DIMUÍDO
 10- ☐ AUMENTADO
 10- ☐ NORMAL
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ FRÊMITO
 9- ☐ PRESENTE
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ TUMORAÇÃO
 9- ☐ PRESENTE
 10- ☐ PULSÁTIL
 11- ☐ SIM
 11- ☐ NÃO
 10- ☐ DOLOROSA
 11- ☐ SIM
 11- ☐ NÃO
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 9- ☐ PRESENTE
 9- ☐ AUSENTE
 7- ☐ EM PERNÁ
 8- ☐ TEMPERATURA
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ DIMINUÍDA
 9- ☐ AUMENTADA
 8- ☐ TUMORAÇÃO
 9- ☐ PRESENTE
 10- ☐ PULSÁTIL
 11- ☐ SIM
 11- ☐ NÃO
 10- ☐ DOLOROSA
 11- ☐ SIM
 11- ☐ NÃO
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ FRÊMITO
 9- ☐ PRESENTE
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ MUSCULAR
 9- ☐ DOLOROSA
 9- ☐ INDOLOR
 9- ☐ EMPASTAMENTO

8- ☐ SENSIBILIDADE
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ ALTERADA
 8- ☐ MOTRICIDADE
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ ALTERADO
 8- ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 9- ☐ PRESENTE
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ PULSO TIBIAL POSTERIOR
 9- ☐ PRESENTE
 10- ☐ MINUÍDO
 10- ☐ AUMENTADO
 10- ☐ NORMAL
 9- ☐ AUSENTE
 7- ☐ PE
 8- ☐ TEMPERATURA
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ DIMINUÍDA
 9- ☐ AUMENTADA
 8- ☐ PULSO PEDIOSO
 9- ☐ PRESENTE
 10- ☐ MINUÍDO
 10- ☐ AUMENTADO
 10- ☐ NORMAL
 9- ☐ AUSENTE
 8- ☐ SENSIBILIDADE
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ ALTERADA
 8- ☐ MOTRICIDADE
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ ALTERADO
 8- ☐ DOR EM TRAJETO VENOSO
 9- ☐ PRESENTE
 9- ☐ AUSENTE
 6- ☐ PODODÁCTILOS
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ DIMINUÍDA
 7- ☐ AUMENTADA
 8- ☐ NORMAL
 8- ☐ ALTERADA
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ ALTERADO
 7- ☐ ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL
 8- ☐ NÃO REALIZADO
 8- ☐ REALIZADO
 9- ☐ NORMAL
 9- ☐ <0.9
 9- ☐ <0.3...U
 4- ☐ AUSCULTA
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ANORMAL
 7- ☐ SOPRO
 8- ☐ INGUINAL
 8- ☐ COXA
 8- ☐ FOSSA POPLÍTEA
 8- ☐ PERNA
 6- ☐ NÃO REALIZADA
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ANORMAL
 7- ☐ SOPRO
 8- ☐ INGUINAL
 8- ☐ COXA
 8- ☐ FOSSA POPLÍTEA
 8- ☐ PERNA
 6- ☐ NÃO REALIZADA
 4- ☐ MANOBRAS ESPECIAIS
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 6- ☐ SINAL DE HOMANS
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ SINAL DA BANDEIRA
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ SINAL DE MOSES
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ MANOBRA DE SCHWARTZ
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ TESTE DE BRODIE-TREINDELENBURG
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ TESTE DE PERTHES
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ MANOBRA DE DORSIFLEXO OU FLEXÃO PLANTAR
 ATIVA
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ SINAL DE ISHIKAWA
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ PRESENTE
 7- ☐ AUSENTE

6- ☐ OUTROS
 5- ☐ MEMBRO INFERIOR SQUERDO
 6- ☐ SINAL DE HOMANS
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ SINAL DA BANDEIRA
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ SINAL DE MOSES
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ MANOBRA DE SCHWARTZ
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ TESTE DE BRODIE-TREINDELENBURG
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ TESTE DE PERTHES
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ MANOBRA DE DORSIFLEXO OU FLEXÃO PLANTAR
 ATIVA
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ REALIZADO
 8- ☐ POSITIVA
 8- ☐ NEGATIVA
 6- ☐ SINAL DE ISHIKAWA
 7- ☐ NÃO REALIZADA
 7- ☐ PRESENTE
 7- ☐ AUSENTE
 6- ☐ OUTROS
 2- ☐ EXAMES COMPLEMENTARES
 3- ☐ EXAMES LABORATORIAIS
 4- ☐ HEMATOLÓGICOS
 5- ☐ HEMOGRAMA
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ALTERADO
 7- ☐ ANEMIA
 7- ☐ LEUCOCITOSE
 7- ☐ BASTONETOSE
 7- ☐ TROMBOCITOPENIA
 7- ☐ TROMBOCITOSE
 5- ☐ TAP
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ALARGADO
 5- ☐ KPTT
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ALARGADO
 5- ☐ FIBRINO GÊNIO
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADO
 5- ☐ DIMERO D
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADO
 5- ☐ HOMOCISTEÍNA
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADO
 5- ☐ PROTEÍNA C
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ DEFICIÊNCIA
 5- ☐ PROTEÍNA S
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ DEFICIÊNCIA
 5- ☐ FATOR V
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ MUTAÇÃO (FATOR V DE LEIDEN)
 5- ☐ FATOR VII
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADO
 5- ☐ ANTITROMBINA III
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ DEFICIÊNCIA
 5- ☐ ANTICORPO ANTICARDIOLIPINA
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADO
 5- ☐ ANTICOAGULANTE LÚPICO
 6- ☐ PRESENTE
 6- ☐ AUSENTE
 5- ☐ VHS
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADA
 5- ☐ PROTEÍNA C REATIVA(PCR)
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADA
 4- ☐ IMUNOLÓGICOS
 5- ☐ FAN
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADA
 5- ☐ FATOR REUMATÓIDE
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADA
 5- ☐ C-ANCA
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADA
 5- ☐ P-ANCA
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADA
 5- ☐ HIV

6- ☐ POSITIVO
 6- ☐ NEGATIVO
 5- ☐ PROTEINA C-REATIVA
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ALTERADA
 5- ☐ ANTI-CARDIOLIPINA IG M
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ALTERADA
 5- ☐ ANTI-CARDIOLIPINA IG G
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ALTERADA
 5- ☐ DIMERO D
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADO
 4- ☐ BIOQUIMICOS
 5- ☐ GLICEMIA
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ DIMINUIDA
 6- ☐ ELEVADA
 5- ☐ CREATININA
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADA
 5- ☐ UREIA
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADA
 5- ☐ COLESTEROL
 6- ☐ LDL
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ ELEVADO
 6- ☐ HDL
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ DIMINUIDO
 6- ☐ VLDL
 7- ☐ NORMAL
 7- ☐ ELEVADO
 5- ☐ TRIGLICERÍDEOS
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADO
 5- ☐ ENZIMAS HEPÁTICAS
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADAS
 5- ☐ AMILASE
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ELEVADA
 5- ☐ SÓDIO
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ DIMINUIDO
 6- ☐ ELEVADO
 5- ☐ POTÁSSIO
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ DIMINUIDO
 5- ☐ CREATINOFOSFOQUINASE(CPK)
 6- ☐ NORMAL
 6- ☐ ALTO U
 5- ☐ RENINA
 6- ☐ NORMA
 6- ☐ BAIXO
 6- ☐ ALTO
 4- ☐ MICROBIOLOGIA
 5- ☐ SÍFILIS
 6- ☐ POSITIVA
 6- ☐ NEGATIVA
 5- ☐ TUBERCULOSE
 6- ☐ POSITIVA
 6- ☐ NEGATIVA
 5- ☐ SALMONELA
 6- ☐ POSITIVA
 6- ☐ NEGATIVA
 5- ☐ CULTURA TRANSOPERATORIA
 6- ☐ DA PROTESE
 7- ☐ NEGATIVA
 7- ☐ POSITIVA
 8- ☐ STAPHYLOCOCCUS
 8- ☐ SÍFILIS
 8- ☐ TUBERCULOSE
 8- ☐ SALMONELA
 8- ☐ STREPTOCOCOS
 8- ☐ PSEUDOMONAS
 8- ☐ ESCHERÍCIA COLI
 8- ☐ ENTEROBACTER
 8- ☐ PROTEUS
 8- ☐ POLIMICROBIANA
 6- ☐ DA ARTERIA
 7- ☐ NEGATIVA
 7- ☐ POSITIVA
 8- ☐ STAPHYLOCOCCUS
 8- ☐ SÍFILIS
 8- ☐ TUBERCULOSE
 8- ☐ SALMONELA
 8- ☐ STREPTOCOCOS
 8- ☐ PSEUDOMONAS
 8- ☐ ESCHERÍCIA COLI
 8- ☐ ENTEROBACTER
 8- ☐ PROTEUS
 8- ☐ POLIMICROBIANA
 6- ☐ PARTES MOLES
 7- ☐ NEGATIVA
 7- ☐ POSITIVA
 8- ☐ STAPHYLOCOCCUS
 8- ☐ SÍFILIS
 8- ☐ TUBERCULOSE
 8- ☐ SALMONELA
 8- ☐ STREPTOCOCOS
 8- ☐ PSEUDOMONAS
 8- ☐ ESCHERÍCIA COLI
 8- ☐ ENTEROBACTER
 8- ☐ PROTEUS
 8- ☐ POLIMICROBIANA
 6- ☐ SECREÇÃO
 7- ☐ NEGATIVO

7 - ☐ POSITIVO
 8 - ☐ STAPHYLOCOCCUS
 8 - ☐ SIFILIS
 8 - ☐ TUBERCULOSE
 8 - ☐ SALMONELA
 8 - ☐ STREPTOCOCCOS
 8 - ☐ PSEUDOMONAS
 8 - ☐ ESCHERICIA COLI
 8 - ☐ ENTEROBACTER
 8 - ☐ PROTEUS
 8 - ☐ POLIMICROBIANA
 4 - ☐ URINA
 5 - ☐ PARCIAL(TIPO I)
 6 - ☐ NORMAL
 6 - ☐ ALTERADO
 7 - ☐ LEUCOCITÚRIA
 7 - ☐ HEMATÚRIA
 7 - ☐ PROTEINÚRIA
 7 - ☐ NITRITO POSITIVO
 5 - ☐ EXCREÇÃO URINÁRIA DE 24H
 6 - ☐ NORMAL
 6 - ☐ ALTERADO
 4 - ☐ ANATOMO PATOLÓGICO
 5 - ☐ BIÓPSIA DE PEÇA CIRÚRGICA
 6 - ☐ NÃO REALIZADA
 6 - ☐ REALIZADA
 7 - ☐ DISPLASIA FIBROMUSCULAR DA MEDIA
 7 - ☐ DOENÇA CÍSTICA
 7 - ☐ ARTERIOSCLEROSE
 7 - ☐ VASCULITE
 7 - ☐ INESPECÍFICO
 4 - ☐ PLETISMOGRAFIA
 5 - ☐ SEM LAUDO
 5 - ☐ NÃO REALIZADO
 5 - ☐ REALIZADO
 6 - ☐ PLETISMOGRAFIA A AR
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS
 9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO
 9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA
 PANTURRILHA
 8 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS
 9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO
 9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA
 PANTURRILHA
 6 - ☐ FOTOPLETISMOGRAFIA
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS
 9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO
 9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA
 PANTURRILHA
 8 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS
 9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO
 9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA
 PANTURRILHA
 6 - ☐ PLETISMOGRAFIA DE STRAIN-GAUGE
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS
 9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO
 9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA
 PANTURRILHA
 8 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS
 9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO
 9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA
 PANTURRILHA
 6 - ☐ PLETISMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS
 9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO
 9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA
 PANTURRILHA
 8 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 9 - ☐ VARIZES PRIMÁRIAS
 9 - ☐ INSUFICIÊNCIA DE SISTEMA VENOSO PROFUNDO
 9 - ☐ FALÊNCIA DA BOMBA MUSCULAR DA
 PANTURRILHA
 3 - ☐ EXAMES DE IMAGEM
 4 - ☐ ELETROCARDIOGRAMA
 5 - ☐ REALIZADO
 6 - ☐ NORMAL
 6 - ☐ ALTERADO
 7 - ☐ ARRITMIA
 7 - ☐ ISQUEMIA
 6 - ☐ SEM LAUDO
 5 - ☐ NÃO REALIZADO
 4 - ☐ ECOCARDIOGRAFIA
 5 - ☐ REALIZADO
 6 - ☐ NORMAL
 6 - ☐ ALTERADO
 7 - ☐ TROMBO MURAL
 7 - ☐ FORAME OVAL PERSISTENTE (EMBOLIA PARADOXAL)
 7 - ☐ VEGETAÇÕES CARDÍACAS
 7 - ☐ AUMENTO DA PRESSÃO DA ARTÉRIA PULMONAR
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ AUMENTO DO VENTRÍCULO DIREITO
 7 - ☐ ECOSTRESS COM ISQUEMIA MIOCÁRDICA
 7 - ☐ AUMENTO DE VENTRÍCULO ESQUERDO

6 - ☐ SEM LAUDO
 5 - ☐ NÃO REALIZADO
 4 - ☐ RADIOGRAFIA SIMPLES
 5 - ☐ RADIOGRAFIA DE TÓRAX
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ ALTERAÇÕES ÓSSEAS
 9 - ☐ COSTELA CERVICAL
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ PRIMEIRA COSTELA
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ CLAVÍCULA
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ COLUNA CERVICAL
 9 - ☐ COLUNA TORÁCICA
 8 - ☐ ALTERAÇÃO EM MEDIASTINO
 9 - ☐ MASSA EM MEDIASTINO
 9 - ☐ MASSA HILAR
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ ALARGAMENTO MEDIASTINO
 9 - ☐ ÁREA CARDÍACA AUMENTADA
 8 - ☐ ALTERAÇÃO EM CAMPOS PLEUROPULMONARES
 9 - ☐ LADO DIREITO
 10 - ☐ ATELECTASIA
 10 - ☐ DERRAME PLEURAL
 10 - ☐ CONDENSACÃO EM FORMA DE CONE (SINAL DE HAMPTON-ALTAMENTE SUGESTIVO DE TEP)
 10 - ☐ HIPERTRANSPARENCIA (SINAL DE WESTERMARK)
 10 - ☐ ÁREA AVASCULAR
 10 - ☐ COLAPSO LOBO PULMONAR
 10 - ☐ OUTRAS
 9 - ☐ LADO ESQUERDO
 10 - ☐ ATELECTASIA
 10 - ☐ DERRAME PLEURAL
 10 - ☐ CONDENSACÃO EM FORMA DE CONE (SINAL DE HAMPTON- ALTAMENTE SUGESTIVO DE TEP)
 10 - ☐ HIPERTRANSPARENCIA (SINAL DE WESTERMARK)
 10 - ☐ ÁREA AVASCULAR
 10 - ☐ COLAPSO LOBO PULMONAR
 10 - ☐ OUTRAS
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 5 - ☐ RADIOGRAFIA DE ABDOMEM
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ ALTERAÇÕES COLUNA LOMBAR
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DA ARTÉRIA ESPLÊNICA
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DA ARTÉRIA HEPÁTICA
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DO TRONCO CELÍACO
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DA ARTERIA RENAL
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE APROJEÇÃO DA AORTA ABDOMINAL
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO SOBRE A PROJEÇÃO DA ARTÉRIA ILÍACA
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 8 - ☐ VELAMENTO DO PSOAS
 8 - ☐ DISTENSÃO DE ALÇAS INTESINAIS
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 5 - ☐ RADIOGRAFIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NO TRAJETO DA ARTÉRIA FEMORAL
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NOTRAJETO DA ARTÉRIA POPLITEA
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NO TRAJETO DAS ARTÉRIAS DE PERNA-TIBIAIS E FIBULARES
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 5 - ☐ RADIOGRAFIA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NO TRAJETO DA ARTÉRIA FEMORAL
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NOTRAJETO DA ARTÉRIA POPLITEA
 8 - ☐ CALCIFICAÇÃO NO TRAJETO DAS ARTÉRIAS DE PERNA-TIBIAIS E FIBULARES
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 5 - ☐ RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ OSTEOMIELITE
 8 - ☐ PRESENÇA DE GÁS
 8 - ☐ FRATURAS/LUXAÇÕES ESPONTÂNEAS(PÉ DE CHARCOT)
 8 - ☐ SINAIS DE REABSORÇÃO OSSÉA
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 5 - ☐ RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL

7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ OSTEOMIELITE
 8 - ☐ PRESENÇA DE GÁS
 8 - ☐ FRATURAS/ LUXAÇÕES ESPONTÂNEAS(PÉ DE CHARCOT)
 8 - ☐ SINAIS DE REABSORÇÃO OSSÉA
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 4 - ☐ ULTRA-SONOGRAFIA
 5 - ☐ ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMINAL
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ ANEURISMA
 9 - ☐ AORTA INFRA RENAL
 10 - ☐ DIÂMETRO MENOR QUE 5 CM
 10 - ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 5 CM
 10 - ☐ DIÂMETRO IGUAL A 5 CM
 9 - ☐ AORTA JUSTA RENAL
 10 - ☐ DIÂMETRO MENOR QUE 5 CM
 10 - ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 5 CM
 10 - ☐ DIÂMETRO IGUAL A 5 CM
 9 - ☐ AORTA SUPRA RENAL
 10 - ☐ DIÂMETRO MENOR QUE 5 CM
 10 - ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 5 CM
 10 - ☐ DIÂMETRO IGUAL A 5 CM
 9 - ☐ ARTERIA ILÍACA
 10 - ☐ COMUM
 11 - ☐ DIREITA12
 10 - ☐ INTERNA
 11 - ☐ DIREITA
 11 - ☐ ESQUERDA11
 11 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ ARTERIA RENAL
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ TRONCO CELÍACO
 9 - ☐ ARTERIA ESPLÊNICA
 9 - ☐ ARTERIA HEPÁTICA
 9 - ☐ ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR
 9 - ☐ ARTERIA GÁSTRICA
 9 - ☐ ARTERIA GASTRODUODENAL
 9 - ☐ OUTRAS
 8 - ☐ ALTERAÇÕES RENAIS
 9 - ☐ HIPOTROFIA
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ HIDRONEFROSE
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 5 - ☐ ULTRA-SONOGRAFIA CERVICAL
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ ANEURISMA
 9 - ☐ CAROTIDA
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ SUBCLAVIA
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ JUGULAR INTERNA
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 4 - ☐ TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
 5 - ☐ TOMOGRAFIA DE CRÂNIO
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ ISQUEMIA
 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO
 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO
 8 - ☐ HEMORRAGIA
 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO
 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO
 8 - ☐ DESVIO DA LINHA MEDIA
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 4 - ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
 5 - ☐ RESSONÂNCIA DE CRÂNIO
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ ISQUEMIA
 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO
 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO
 8 - ☐ HEMORRAGIA
 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO
 9 - ☐ HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO
 8 - ☐ DESVIO DA LINHA MEDIA
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 5 - ☐ RESSONÂNCIA DO PÉ DIREITO
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ OSTEOMIELITE
 8 - ☐ PRESENÇA DE GÁS
 8 - ☐ ABSCESSO
 8 - ☐ ENVOLVIMENTO DE TENDÕES
 8 - ☐ FRATURAS/ LUXAÇÕES ESPONTÂNEAS(PÉ DE CHARCOT)
 8 - ☐ SINAIS DE REABSORÇÃO OSSÉA
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 5 - ☐ RESSONÂNCIA DO PÉ ESQUERDO

6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ ALTERADO
 8 - ☐ OSTEOMIELITE
 8 - ☐ PRESENÇA DE GÁS
 8 - ☐ ABSCESSO
 8 - ☐ ENVOLVIMENTO DE TENDÕES
 8 - ☐ FRATURAS/ LUXAÇÕES ESPONTÂNEAS(PÉ DE CHARCOT)
 8 - ☐ SINAIS DE REABSORÇÃO OSSÉA
 6 - ☐ NÃO REALIZADO
 4 - ☐ CINTILOGRAFIA
 5 - ☐ RENAL
 6 - ☐ NÃO REALIZADA
 6 - ☐ REALIZADO
 7 - ☐ SEM LAUDO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ALTERADA
 8 - ☐ ATROFIA RENAL
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 8 - ☐ TEMPO DE CAPTAÇÃO PROLONGADA
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 8 - ☐ QUEDA DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 4 - ☐ ECOCOLORDOPPLER
 5 - ☐ NÃO REALIZADO
 5 - ☐ REALIZADO
 6 - ☐ SEM LAUDO
 6 - ☐ ARTERIAL
 7 - ☐ CERVICAL
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADO
 9 - ☐ ARTERIA CARÓTIDA COMUM DIREITA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ <50%
 11 - ☐ 50-70%
 11 - ☐ 70-99%
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 9 - ☐ ARTERIA CARÓTIDA COMUM ESQUERDA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ <50%
 11 - ☐ 50-70%
 11 - ☐ 70-99%
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 9 - ☐ ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA DIREITA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ <50%
 11 - ☐ 50-70%
 11 - ☐ 70-99%
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 9 - ☐ ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA ESQUERDA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ <50%
 11 - ☐ 50-70%
 11 - ☐ 70-99%
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 9 - ☐ ARTERIA CARÓTIDA INTERNA DIREITA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ <50%
 11 - ☐ 50-70%
 11 - ☐ 70-99%
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 9 - ☐ ARTERIA CARÓTIDA INTERNA ESQUERDA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ <50%
 11 - ☐ 50-70%
 11 - ☐ 70-99%
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 9 - ☐ ARTERIA VERTEBRAL DIREITA
 10 - ☐ OCLUSÃO

10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ <50%
 11 - ☐ 50-70%
 11 - ☐ 70-99%
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ TUMOR GLÔMICO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 9 - ☐ ARTÉRIA VERTEBRAL ESQUERDA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ INVERSÃO DE FLUXO
 10 - ☐ HIPOPLASIA
 10 - ☐ HIPERPLASIA
 10 - ☐ NÃO VISUALIZADA
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 11 - ☐ SIM
 11 - ☐ NÃO
 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADO
 9 - ☐ ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 10 - ☐ MANOBRA DESFILADEIRO
 11 - ☐ POSITIVA
 11 - ☐ NEGATIVA
 9 - ☐ ARTÉRIA SUBCLÁVIA ESQUERDA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 10 - ☐ MANOBRA DESFILADEIRO
 11 - ☐ POSITIVA
 11 - ☐ NEGATIVA
 9 - ☐ ARTÉRIA AXILAR DIREITA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA AXILAR ESQUERDA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA BRAQUIAL DIREITA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 9 - ☐ ARTÉRIA BRAQUIAL ESQUERDA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 9 - ☐ ARTÉRIA RADIAL DIREITA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 9 - ☐ ARTÉRIA RADIAL ESQUERDA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 9 - ☐ ARTÉRIA ULNAR DIREITA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 9 - ☐ ARTÉRIA ULNAR ESQUERDA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 7 - ☐ ABDOMINAL
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADO
 9 - ☐ TRONCO CELÍACO
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 9 - ☐ ARTÉRIA ESPLÊNICA
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%

11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 9 - ☐ ARTERIA GÁSTRICA DIREITA
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 9 - ☐ ARTERIA HEPÁTICA COMUM
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 9 - ☐ ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 9 - ☐ ARTERIA RENAL DIREITA
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > OU = 60%
 11 - ☐ < 60%
 10 - ☐ IRA
 11 - ☐ > OU = 3,5
 11 - ☐ < 3,5
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 9 - ☐ ARTERIA RENAL ESQUERDA
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > OU = 60%
 11 - ☐ < 60%
 10 - ☐ IRA
 11 - ☐ > OU = 3,5
 11 - ☐ < 3,5
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 9 - ☐ ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR
 10 - ☐ ANEURISMA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ > 50%
 11 - ☐ < 50%
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 9 - ☐ AORTA INFRA-RENAL
 10 - ☐ NORMAL
 10 - ☐ ESTENOSE
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ SACULAR
 11 - ☐ FUSIFORME
 11 - ☐ ROTO
 11 - ☐ INFLAMATÓRIO
 11 - ☐ COMPRIMENTO DO COLO PROXIMAL
 12 - ☐ COLO PROXIMAL MENOR QUE 0,5 CM
 12 - ☐ COLO PROXIMAL ENTRE 0,6 E 1 CM
 12 - ☐ COLO PROXIMAL ENTRE 1,1 E 1,5
 12 - ☐ COLO PROXIMAL ENTRE 1,6 E 2 CM
 12 - ☐ COLO PROXIMAL MAIOR QUE 2 CM
 11 - ☐ ARTÉRIAS RENAI ACOMETIDAS
 12 - ☐ DIREITA
 12 - ☐ ESQUERDA
 11 - ☐ DISSECÇÃO
 12 - ☐ IDENTIFICADO LOCAL DA DISSECÇÃO
 12 - ☐ IDENTIFICADO LOCAL DA REENTRADA
 12 - ☐ NÃO IDENTIFICADO LOCAL DA DISSECÇÃO
 12 - ☐ NÃO IDENTIFICADO LOCAL DA REENTRADA
 9 - ☐ ARTÉRIAS RENAI
 10 - ☐ NORMAL
 10 - ☐ ANEURISMA RENAL
 11 - ☐ DIREITO
 12 - ☐ SACULAR
 12 - ☐ FUSIFORME
 12 - ☐ DIÂMETRO > 2 CM
 12 - ☐ DIÂMETRO < 2 CM
 12 - ☐ DIÂMETRO = 2 CM
 11 - ☐ ESQUERDO
 12 - ☐ SACULAR
 12 - ☐ FUSIFORME
 12 - ☐ DIÂMETRO > 2 CM
 12 - ☐ DIÂMETRO < 2 CM
 12 - ☐ DIÂMETRO = 2 CM
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ DIREITA
 11 - ☐ ESQUERDA
 10 - ☐ OCLUSÃO
 11 - ☐ DIREITA
 11 - ☐ ESQUERDA
 10 - ☐ FIBRODISPLASIA
 11 - ☐ DIREITA
 11 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ ARTERIA ESPLÊNICA
 10 - ☐ NORMAL
 10 - ☐ ALTERADO
 11 - ☐ ANEURISMA
 12 - ☐ SACULAR
 13 - ☐ ÚNICO
 13 - ☐ MÚLTIPLOS
 12 - ☐ FUSIFORME
 13 - ☐ ÚNICO
 13 - ☐ MÚLTIPLOS
 12 - ☐ DIÂMETRO > 2 CM

12 - ☐ DIÂMETRO <2CM
 12 - ☐ DIÂMETRO =2CM
 11 - ☐ OCLUSÃO
 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADO
 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA COMUM DIREITA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA COMUM ESQUERDA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA INTERNA DIREITA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA INTERNA ESQUERDA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA EXTERNA DIREITA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA ILÍACA EXTERNA ESQUERDA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL COMUM DIREITA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ PSEUDOANEURISMA
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL COMUM ESQUERDA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ PSEUDOANEURISMA
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL DIREITA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL ESQUERDA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTÉRIA FEMORAL PROFUNDA DIREITA
 10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTERIA FEMORAL PROFUNDA ESQUERDA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTERIA POPLÍTEA DIREITA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTERIA POPLÍTEA ESQUERDA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTERIA TIBIAL ANTERIOR DIREITA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTERIA TIBIAL ANTERIOR ESQUERDA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ TRONCO TIBIO-FIBULAR DIREITO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ TRONCO TIBIO-FIBULAR ESQUERDO
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTERIA TIBIAL POSTERIOR DIREITA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTERIA TIBIAL POSTERIOR ESQUERDA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTERIA FIBULAR DIREITA
 10 - ☐ ESTENOSE
 11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 9 - ☐ ARTERIA FIBULAR ESQUERDA
 10 - ☐ ESTENOSE

11 - ☐ >70%
 11 - ☐ <70%
 10 - ☐ OCLUSÃO
 10 - ☐ DISSECÇÃO
 10 - ☐ ANEURISMA
 11 - ☐ >2CM
 11 - ☐ <2CM
 10 - ☐ ENDOPRÓTESE
 6 - ☐ VENOSO
 7 - ☐ CERVICAL
 8 - ☐ NÃO REALIZADO
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADO
 9 - ☐ VEIA JUGULAR INTERNA DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 9 - ☐ VEIA JUGULAR EXTERNA DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 7 - ☐ MEMBROS SUPERIORES
 8 - ☐ NÃO REALIZADO
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADO
 9 - ☐ VEIA SUBCLAVIA DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 9 - ☐ VEIA SUBCLAVIA ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 9 - ☐ VEIA AXILAR DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 9 - ☐ VEIA AXILAR ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 9 - ☐ VEIAS BRAQUIAIS DIREITAS
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ VEIAS BRAQUIAIS ESQUERDAS
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ VEIAS RADIAIS DIREITAS
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ VEIAS RADIAIS ESQUERDAS
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ VEIAS ULNARES DIREITAS
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ VEIAS ULNARES ESQUERDAS
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ VEIA CEFÁLICA DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ VEIA CEFÁLICA ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ VEIA BASÍLICA DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ VEIA BASÍLICA ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ OUTRAS VEIAS SUPERFICIAIS MEMBRO
 SUPERIOR DIREITO
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 9 - ☐ OUTRAS VEIAS SUPERFICIAIS MEMBRO
 SUPERIOR ESQUERDO
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 7 - ☐ ABDOME
 8 - ☐ NÃO REALIZADO
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADO
 9 - ☐ VEIA CAVA INFERIOR
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ AUSÊNCIA DO SEGMENTO RETROHEPÁTICO
 10 - ☐ LOCALIZAÇÃO À ESQUERDA DA AORTA
 10 - ☐ CONFLUÊNCIA PRÉ-AORTICA
 9 - ☐ VEIA ILÍACA COMUM DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 11 - ☐ PARCIAL
 11 - ☐ COMPLETA
 9 - ☐ VEIA ILÍACA COMUM ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 11 - ☐ PARCIAL
 11 - ☐ COMPLETA
 9 - ☐ VEIA ILÍACA INTERNA DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 9 - ☐ VEIA ILÍACA INTERNA ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 9 - ☐ VEIA ILÍACA EXTERNA DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ DESVIADA LATERALMENTE A ARTERIA ILÍACA EXTERNA
 9 - ☐ VEIA ILÍACA EXTERNA ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ COMPRESSÃO EXTRÍNSECA
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ DESVIADA LATERALMENTE A ARTERIA ILÍACA EXTERNA
 7 - ☐ MEMBROS INFERIORES
 8 - ☐ NÃO REALIZADO
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADO
 9 - ☐ VEIA FEMORAL COMUM DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIA FEMORAL COMUM ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIA FEMORAL SUPERFICIAL DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIA FEMORAL SUPERFICIAL ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIA FEMORAL PROFUNDA DIREITA

10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIA FEMORAL PROFUNDA ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIA POPLITEA DIREITA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIA POPLITEA ESQUERDA
 10 - ☐ AUSENTE
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ DUPLICAÇÃO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIAS TIBIAIS ANTERIORES DIREITAS
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIAS TIBIAIS ANTERIORES ESQUERDAS
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIAS TIBIAIS POSTERIORES DIREITAS
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIAS TIBIAIS POSTERIORES ESQUERDAS
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIAS FIBULARES DIREITAS
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIAS FIBULARES ESQUERDAS
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 10 - ☐ HIPO/APLASIA VALVULAR
 9 - ☐ VEIAS SOLEARES DE MEMBRO INFERIOR DIREITO
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 9 - ☐ VEIAS SOLEARES DE MEMBRO INFERIOR
 ESQUERDO
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 9 - ☐ VEIAS GASTROCNEMIAS DE MEMBRO INFERIOR
 DIREITO
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 9 - ☐ VEIAS GASTROCNEMIAS DE MEMBRO INFERIOR
 ESQUERDO
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 10 - ☐ REFLUXO
 9 - ☐ VEIA SAFENA MAGNA DIREITA
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 12 - ☐ JUNCÃO SAFENOFEMORAL
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL
 12 - ☐ TOTAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 12 - ☐ JUNCÃO SAFENOFEMORAL
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL
 12 - ☐ TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 12 - ☐ JUNCÃO SAFENOFEMORAL
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL
 12 - ☐ TOTAL
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 12 - ☐ JUNCÃO SAFENOFEMORAL
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL
 12 - ☐ TOTAL
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 12 - ☐ JUNCÃO SAFENOFEMORAL
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL
 12 - ☐ TOTAL
 10 - ☐ REFLUXO
 11 - ☐ (TIPO I) DE JUNCÃO SAFENO FEMORAL SE
 DIRECIONANDO PARA TRIBUTÁRIAS DA CROÇA
 11 - ☐ (TIPO II) DE JUNCÃO SAFENO FEMORAL E
 NA SAFENA MAGNA ATÉ 1/3 INFERIOR DE COXA OU SUPERIOR DE PERNA
 11 - ☐ (TIPO III) NO SEGMENTO DA PERNA ATÉ
 REGIÃO MALEOLAR
 11 - ☐ (TIPO IV) SEGMENTAR: EM UM OU MAIS
 SEGMENTOS DA VEIA SAFENA NA COXA OU NA PERNA
 11 - ☐ (TIPO V) DIFUSO: ATRAVÉS DA JSF E NA
 SAFENA MAGNA EM TODA SUA EXTENSÃO
 11 - ☐ REFLUXO DE COTO RESIDUAL
 11 - ☐ REFLUXO DE TRIBUTÁRIAS DE CROÇA
 9 - ☐ VEIA SAFENA MAGNA ESQUERDA
 10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
 12 - ☐ JUNCÃO SAFENOFEMORAL
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL
 12 - ☐ TOTAL
 11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
 12 - ☐ JUNCÃO SAFENOFEMORAL
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL
 12 - ☐ TOTAL
 11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
 12 - ☐ JUNCÃO SAFENOFEMORAL
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL
 12 - ☐ TOTAL
 10 - ☐ TROMBOSE AGUDA
 11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
 12 - ☐ JUNCÃO SAFENOFEMORAL
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL
 12 - ☐ TOTAL
 11 - ☐ TROMBO ADERENTE
 12 - ☐ JUNCÃO SAFENOFEMORAL
 12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL
 12 - ☐ PORÇÃO DISTAL
 12 - ☐ TOTAL
 10 - ☐ REFLUXO
 11 - ☐ (TIPO I) DE JUNCÃO SAFENO FEMORAL SE
 DIRECIONANDO PARA TRIBUTÁRIAS DA CROÇA
 11 - ☐ (TIPO II) DE JUNCÃO SAFENO FEMORAL E
 NA SAFENA MAGNA ATÉ 1/3 INFERIOR DE COXA OU SUPERIOR DE PERNA
 11 - ☐ (TIPO III) NO SEGMENTO DA PERNA ATÉ
 REGIÃO MALEOLAR

11 - ☐ (TIPO IV) SEGMENTAR: EM UM OU MAIS SEGMENTOS DA VEIA SAFENA NA COXA OU NA PERNA

11 - ☐ (TIPO V) DIFUSO: ATRAVÉS DA JSF E NA SAFENA MAGNA EM TODA SUA EXTENSÃO

11 - ☐ REFLUXO DE COTO RESIDUAL

11 - ☐ REFLUXO DE TRIBUTÁRIAS DE CROÇA

9 - ☐ VEIA SAFENA PARVA DIREITA

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPOPLITEA

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL

12 - ☐ PORÇÃO DISTAL

12 - ☐ TOTAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPOPLITEA

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL

12 - ☐ PORÇÃO DISTAL

12 - ☐ TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPOPLITEA

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL

12 - ☐ PORÇÃO DISTAL

12 - ☐ TOTAL

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPOPLITEA

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL

12 - ☐ PORÇÃO DISTAL

12 - ☐ TOTAL

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPOPLITEA

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL

12 - ☐ PORÇÃO DISTAL

12 - ☐ TOTAL

10 - ☐ REFLUXO

11 - ☐ (TIPO I) DE JUNÇÃO SAFENO POPLÍTEA E NO SEGMENTO PROXIMAL DE SAFENA PARVA. SEGMENTO DISTAL COMPETENTE

11 - ☐ (TIPO II) NO SEGMENTO DISTAL DE SAFENA PARVA, AUSÊNCIA DE REFLUXO ATRAVÉS DE JUNÇÃO SAFENO POPLÍTEA

11 - ☐ (TIPO III) SEGMENTAR: EM UM OU MAIS SEGMENTOS DA VEIA SAFENA PARVA

11 - ☐ (TIPO IV) DIFUSO: ATRAVÉS DA JSP ATÉ REGIÃO PERIMALEOLAR

11 - ☐ (TIPO V) REFLUXO NA VEIA GIACOMINI ATÉ JSP. SAFENA PARVA É COMPETENTE

11 - ☐ REFLUXO DE COTO RESIDUAL

11 - ☐ REFLUXO DE TRIBUTÁRIAS DE CROÇA

10 - ☐ LOCALIZAÇÃO DA CROÇA

11 - ☐ AO NÍVEL DA PREGA POPLÍTEA

11 - ☐ ATÉ 4 CM DA PREGA POPLÍTEA

11 - ☐ ENTRE 4 A 10 CM DA PREGA POPLÍTEA

11 - ☐ ACIMA DE 10 CM DA PREGA POPLÍTEA

11 - ☐ NA COMUNICAÇÃO DIRETA DA SAFENA PARVA COM SAFENA MAGNA (VEIA GIACOMINI)

11 - ☐ OUTRAS

9 - ☐ VEIA SAFENA PARVA ESQUERDA

10 - ☐ TROMBOSE ANTIGA

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPOPLITEA

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL

12 - ☐ PORÇÃO DISTAL

12 - ☐ TOTAL

11 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPOPLITEA

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL

12 - ☐ PORÇÃO DISTAL

12 - ☐ TOTAL

11 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPOPLITEA

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL

12 - ☐ PORÇÃO DISTAL

12 - ☐ TOTAL

10 - ☐ TROMBOSE AGUDA

11 - ☐ TROMBO FLUTUANTE

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPOPLITEA

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL

12 - ☐ PORÇÃO DISTAL

12 - ☐ TOTAL

11 - ☐ TROMBO ADERENTE

12 - ☐ JUNÇÃO SAFENOPOPLITEA

12 - ☐ PORÇÃO PROXIMAL

12 - ☐ PORÇÃO DISTAL

12 - ☐ TOTAL

10 - ☐ REFLUXO

11 - ☐ (TIPO I) DE JUNÇÃO SAFENO POPLÍTEA E NO SEGMENTO PROXIMAL DE SAFENA PARVA. SEGMENTO DISTAL COMPETENTE

11 - ☐ (TIPO II) NO SEGMENTO DISTAL DE SAFENA PARVA, AUSÊNCIA DE REFLUXO ATRAVÉS DE JUNÇÃO SAFENO POPLÍTEA

11 - ☐ (TIPO III) SEGMENTAR: EM UM OU MAIS SEGMENTOS DA VEIA SAFENA PARVA

11 - ☐ (TIPO IV) DIFUSO: ATRAVÉS DA JSP ATÉ REGIÃO PERIMALEOLAR

11 - ☐ (TIPO V) REFLUXO NA VEIA GIACOMINI ATÉ JSP. SAFENA PARVA É COMPETENTE

11 - ☐ REFLUXO DE COTO RESIDUAL

11 - ☐ REFLUXO DE TRIBUTÁRIAS DE CROÇA

10 - ☐ LOCALIZAÇÃO DA CROÇA

11 - ☐ AO NÍVEL DA PREGA POPLÍTEA

11 - ☐ ATÉ 4 CM DA PREGA POPLÍTEA

11 - ☐ ENTRE 4 A 10 CM DA PREGA POPLÍTEA

11 - ☐ ACIMA DE 10 CM DA PREGA POPLÍTEA

11 - ☐ NA COMUNICAÇÃO DIRETA DA SAFENA PARVA COM SAFENA MAGNA (VEIA GIACOMINI)

11 - ☐ OUTRAS

9 - ☐ VEIAS PÉLVICAS

10 - ☐ TRIBUTÁRIAS DA REGIÃO PÉLVICA (PLEXO GONADAL OU PUDENDO) QUE PASSAM ATRAVÉS DO LIGAMENTO REDONDO E TRANSFEREM REFLUXO PARA O SISTEMA DE SAFENAS

10 - ☐ TRANSFERENCIA DE REFLUXO ATRAVÉS DE
VEIAS GLUTEAS
10 - ☐ VARIZES VULVARES, QUE PODEM TER
ORIGEM PÉLVICA OU DE TRIBUTÁRIAS DA CROÇA DA SAFENA INTERNA,
MAIS FREQUENTEMENTE RAMOS DA VEIA PUDÉNDIA EXTERNA
9 - ☐ VEIAS VARICOSAS NÃO SAFENAS MEMBRO
INFERIOR DIREITO
10 - ☐ COXA
11 - ☐ PRESENTES
11 - ☐ AUSENTES
11 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
12 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
12 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
12 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
11 - ☐ TROMBOSE AGUDA
12 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
12 - ☐ TROMBO ADERENTE
10 - ☐ PERNA
11 - ☐ PRESENTES
11 - ☐ AUSENTES
11 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
12 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
12 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
12 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
11 - ☐ TROMBOSE AGUDA
12 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
12 - ☐ TROMBO ADERENTE
9 - ☐ VEIAS VARICOSAS NÃO SAFENAS MEMBRO
INFERIOR ESQUERDO
10 - ☐ COXA
11 - ☐ PRESENTES
11 - ☐ AUSENTES
11 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
12 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
12 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
12 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
11 - ☐ TROMBOSE AGUDA
12 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
12 - ☐ TROMBO ADERENTE
10 - ☐ PERNA
11 - ☐ PRESENTES
11 - ☐ AUSENTES
11 - ☐ TROMBOSE ANTIGA
12 - ☐ RECANALIZAÇÃO PARCIAL
12 - ☐ RECANALIZAÇÃO TOTAL
12 - ☐ SEM RECANALIZAÇÃO
11 - ☐ TROMBOSE AGUDA
12 - ☐ TROMBO FLUTUANTE
12 - ☐ TROMBO ADERENTE
9 - ☐ VEIAS RETICULARES PRESENTES MEMBRO
INFERIOR DIREITO
10 - ☐ COXA
10 - ☐ PERNA
9 - ☐ VEIAS RETICULARES PRESENTES MEMBRO
INFERIOR ESQUERDO
10 - ☐ COXA
10 - ☐ PERNA
9 - ☐ VEIAS PERFURANTES INSUFICIENTES MEMBRO
INFERIOR DIREITO
10 - ☐ COXA
11 - ☐ FACE LATERAL
12 - ☐ QUANTIDADE
13 - ☐ 1
13 - ☐ 2
13 - ☐ 3
13 - ☐ 4
13 - ☐ 5 OU MAIS
11 - ☐ FACE MEDIAL
12 - ☐ QUANTIDADE
13 - ☐ 1
13 - ☐ 2
13 - ☐ 3
13 - ☐ 4
13 - ☐ 5 OU MAIS
11 - ☐ FACE POSTERIOR
12 - ☐ QUANTIDADE
13 - ☐ 1
13 - ☐ 2
13 - ☐ 3
13 - ☐ 4
13 - ☐ 5 OU MAIS
11 - ☐ FACE POSTERIOR
12 - ☐ QUANTIDADE
13 - ☐ 1
13 - ☐ 2
13 - ☐ 3
13 - ☐ 4
13 - ☐ 5 OU MAIS
9 - ☐ VEIAS PERFURANTES INSUFICIENTES MEMBRO
INFERIOR ESQUERDO
10 - ☐ COXA
11 - ☐ FACE LATERAL
12 - ☐ QUANTIDADE
13 - ☐ 1
13 - ☐ 2

13 - ☐ 3
 13 - ☐ 4
 13 - ☐ 5 OU MAIS
 11 - ☐ FACE MEDIAL
 12 - ☐ QUANTIDADE
 13 - ☐ 1
 13 - ☐ 2
 13 - ☐ 3
 13 - ☐ 4
 13 - ☐ 5 OU MAIS
 11 - ☐ FACE POSTERIOR
 12 - ☐ QUANTIDADE
 13 - ☐ 1
 13 - ☐ 2
 13 - ☐ 3
 13 - ☐ 4
 13 - ☐ 5 OU MAIS
 10 - ☐ PERNA
 11 - ☐ FACE LATERAL
 12 - ☐ QUANTIDADE
 13 - ☐ 1
 13 - ☐ 2
 13 - ☐ 3
 13 - ☐ 4
 13 - ☐ 5 OU MAIS
 11 - ☐ FACE MEDIAL
 12 - ☐ QUANTIDADE
 13 - ☐ 1
 13 - ☐ 2
 13 - ☐ 3
 13 - ☐ 4
 13 - ☐ 5 OU MAIS
 11 - ☐ FACE POSTERIOR
 12 - ☐ QUANTIDADE
 13 - ☐ 1
 13 - ☐ 2
 13 - ☐ 3
 13 - ☐ 4
 13 - ☐ 5 OU MAIS
 4 - ☐ ANGIORESSONÂNCIA MANGNETICA
 5 - ☐ NÃO REALIZADA
 5 - ☐ NORMAL
 5 - ☐ ALTERADO
 6 - ☐ NÃO VASCULAR ESPECÍFICO
 7 - ☐ TORACICO
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ HEMATOMA MEDIASTINO
 7 - ☐ ABDOMINAL
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ HEMATOMA RETROPERITONEAL
 8 - ☐ RIM EM FERRADURA
 8 - ☐ HIDRONEFROSE
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 8 - ☐ DILATAÇÃO URETERAL
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 8 - ☐ ESTENOSE URETERAL
 9 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ OUTRAS ALTERAÇÕES
 6 - ☐ AORTA TORÁCICA
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ DISSECÇÃO
 7 - ☐ ESTENOSE
 7 - ☐ ÚLCERA
 7 - ☐ ANEURISMA
 8 - ☐ SACULAR
 8 - ☐ FUSIFORME
 7 - ☐ FLAP INTIMAL
 8 - ☐ DUAS LUZES
 7 - ☐ DESLOCAMENTO DA CALCIFICAÇÃO DA INTÍMA
 6 - ☐ CARÓTIDA
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ OCLUSÃO DE CARÓTIDA
 8 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ COMUM
 9 - ☐ INTERNA
 9 - ☐ EXTERNA
 8 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ COMUM
 9 - ☐ INTERNA
 9 - ☐ EXTERNA
 7 - ☐ DISSECÇÃO DE CARÓTIDA
 8 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ COMUM
 9 - ☐ INTERNA
 9 - ☐ EXTERNA
 8 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ COMUM
 9 - ☐ INTERNA
 9 - ☐ EXTERNA
 7 - ☐ ESTENOSE DE CARÓTIDA
 8 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ COMUM
 9 - ☐ INTERNA
 9 - ☐ EXTERNA
 8 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ COMUM
 9 - ☐ INTERNA
 9 - ☐ EXTERNA
 7 - ☐ ANEURISMA DE CARÓTIDA
 8 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ COMUM
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 9 - ☐ INTERNA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 9 - ☐ EXTERNA

10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 8 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ COMUM
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 9 - ☐ INTERNA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 9 - ☐ EXTERNA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 6 - ☐ SUBCLAVIA
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ESTENOSE DE SUBCLÁVIA
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ OCLUSÃO DE SUBCLÁVIA
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ ANEURISMA DE SUBCLAVIA
 8 - ☐ COM COMPRESSÃO EXTRÍNSICA (SD
 DESFLADEIRO)
 9 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 9 - ☐ ESQUERDA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 8 - ☐ SEM COMPRESSÃO EXTRÍNSICA
 9 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 9 - ☐ ESQUERDA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 6 - ☐ AXILAR
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ESTENOSE DE AXILAR
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ OCLUSÃO DE AXILAR
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ ANEURISMA DE AXILAR DIREITA
 8 - ☐ COM COMPRESSÃO EXTRÍNSICA (SD
 DESFLADEIRO)
 9 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 9 - ☐ ESQUERDA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 8 - ☐ SEM COMPRESSÃO EXTRÍNSICA
 9 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 9 - ☐ ESQUERDA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 6 - ☐ VERTEBRAL
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ESTENOSE DE VERTEBRAL
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ OCLUSÃO DE VERTEBRAL
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ ANEURISMA DE VERTEBRAL
 8 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ FUSIFORME
 8 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ FUSIFORME
 6 - ☐ AORTA INFRA-RENAL
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ESTENOSE
 7 - ☐ OCLUSÃO
 7 - ☐ ÚLCERA
 7 - ☐ ANEURISMA
 8 - ☐ SACULAR
 8 - ☐ FUSIFORME
 8 - ☐ ROTO
 8 - ☐ INFLAMATÓRIO
 8 - ☐ OUTRAS
 8 - ☐ DIÂMETRO
 9 - ☐ MENOR QUE 5 CM
 9 - ☐ DIÂMETRO IGUAL A 5 CM
 9 - ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 5 CM
 8 - ☐ COMPRIMENTO COLO PROXIMAL
 9 - ☐ MENOR QUE 1CM
 9 - ☐ ENTRE 1,1 E 1,5CM
 9 - ☐ ENTRE 1,6 E 2,0CM
 9 - ☐ MAIOR QUE 2,1CM
 8 - ☐ ARTÉRIAS RENAL ACOMETIDA
 9 - ☐ NÃO
 9 - ☐ SIM
 10 - ☐ DIREITA
 10 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ DISSECÇÃO
 8 - ☐ IDENTIFICADO LOCAL DA DISSECÇÃO
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 8 - ☐ IDENTIFICADO LOCAL DA REENTRADA
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 6 - ☐ AORTA TORACO-ABDOMINAL
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ÚLCERA

7 - ☐ ANEURISMA
 8 - ☐ FUSIFORME
 8 - ☐ SACULAR
 8 - ☐ ROTO
 8 - ☐ DIÂMETRO
 9 - ☐ DIÂMETRO MENOR QUE 5,5 CM
 9 - ☐ DIÂMETRO IGUAL A 5,5 CM
 9 - ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 5,5 CM
 8 - ☐ CLASSIFICAÇÃO CRAWFORD
 9 - ☐ TIPO I
 9 - ☐ TIPO II
 9 - ☐ TIPO III
 9 - ☐ TIPO IV
 9 - ☐ TIPO V
 8 - ☐ INFLAMATÓRIO
 8 - ☐ OUTRAS
 7 - ☐ DISSECÇÃO
 8 - ☐ IDENTIFICA LOCAL DA DISSECÇÃO
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 8 - ☐ IDENTIFICA LOCAL DA REENTRADA
 9 - ☐ SIM
 9 - ☐ NÃO
 7 - ☐ OCLUSÃO
 7 - ☐ ESTENOSE
 8 - ☐ VEIA CAVA INFERIOR
 8 - ☐ RETROAÓRTICA
 8 - ☐ ANTERIOR AORTA
 7 - ☐ ANÔMALA
 6 - ☐ ARTÉRIA RENAL
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANEURISMA RENAL
 8 - ☐ DIREITO
 9 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ FUSIFORME
 10 - ☐ DIÂMETRO MAIOR QUE 2CM
 10 - ☐ DIÂMETRO MENOR QUE 2CM
 10 - ☐ DIÂMETRO IGUAL A 2CM
 8 - ☐ ESQUERDO
 9 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ FUSIFORME
 10 - ☐ DIÂMETRO >2CM
 10 - ☐ DIÂMETRO <2CM
 10 - ☐ DIÂMETRO =2CM
 7 - ☐ ESTENOSE
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ OCLUSÃO
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 7 - ☐ FIBRODISPLASIA
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 6 - ☐ ARTÉRIA ESPLÊNICA
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANEURISMA
 8 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ ÚNICO
 9 - ☐ MÚLTIPLOS
 8 - ☐ FUSIFORME
 9 - ☐ ÚNICO
 9 - ☐ MÚLTIPLOS
 8 - ☐ DIÂMETRO >2CM
 8 - ☐ DIÂMETRO <2CM
 8 - ☐ DIÂMETRO =2CM
 7 - ☐ OCLUSÃO
 6 - ☐ TRONCO CELÍACO
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANEURISMA DO TRONCO CELÍACO
 8 - ☐ SACULAR
 8 - ☐ FUSIFORME
 7 - ☐ OCLUSÃO
 6 - ☐ ARTÉRIA GÁSTRICA
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANEURISMA DE GÁSTRICA
 8 - ☐ SACULAR
 8 - ☐ FUSIFORME
 7 - ☐ OCLUSÃO
 6 - ☐ ARTÉRIA GASTRODUDENAL
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANEURISMA GASTRODUDENAL
 8 - ☐ SACULAR
 8 - ☐ FUSIFORME
 7 - ☐ OCLUSÃO
 6 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANEURISMA DE MESENTÉRICA SUPERIOR
 8 - ☐ SACULAR
 8 - ☐ FUSIFORME
 7 - ☐ OCLUSÃO
 6 - ☐ ARTÉRIA MESENTÉRICA INFERIOR
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ OCLUSÃO
 6 - ☐ ARTÉRIA HEPÁTICA
 7 - ☐ NORMAL
 7 - ☐ ANEURISMA HEPÁTICO
 8 - ☐ COMUM
 9 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ FUSIFORME
 8 - ☐ DIREITA
 9 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ FUSIFORME
 8 - ☐ ESQUERDA
 9 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ FUSIFORME
 7 - ☐ OCLUSÃO
 8 - ☐ COMUM
 8 - ☐ DIREITA
 8 - ☐ ESQUERDA
 6 - ☐ ARTÉRIAS DOS MEMBROS INFERIORES

7 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 8 - ☐ SEM LAUDO
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADA
 9 - ☐ ESTENOSE DE ILÍACA
 10 - ☐ COMUM
 10 - ☐ INTERNA
 10 - ☐ EXTERNA
 9 - ☐ OCLUSÃO DE ILÍACA
 10 - ☐ COMUM
 10 - ☐ INTERNA
 10 - ☐ EXTERNA
 9 - ☐ DISSECÇÃO DE ILÍACA
 10 - ☐ COMUM
 10 - ☐ INTERNA
 9 - ☐ EXTERNA
 8 - ☐ ANEURISMA DE ILÍACA
 9 - ☐ COMUM
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM
 9 - ☐ INTERNA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM
 9 - ☐ EXTERNA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM
 8 - ☐ ESTENOSE DE FEMORAL
 9 - ☐ COMUM
 9 - ☐ SUPERFICIAL
 9 - ☐ PROFUNDA
 8 - ☐ OCLUSÃO DE FEMORAL
 9 - ☐ COMUM
 9 - ☐ SUPERFICIAL
 9 - ☐ PROFUNDA
 8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL COMUM
 9 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ FUSIFORME
 10 - ☐ DIÂMETRO
 11 - ☐ MAIOR QUE 2 CM
 11 - ☐ MENOR QUE 2 CM
 11 - ☐ IGUAL A 2 CM
 10 - ☐ TIPO I
 10 - ☐ TIPO II
 8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL PROFUNDA
 9 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ FUSIFORME
 8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL SUPERFICIAL
 9 - ☐ SACULAR
 9 - ☐ FUSIFORME
 10 - ☐ DIÂMETRO
 11 - ☐ MAIOR QUE 2,5 CM
 11 - ☐ MENOR QUE 2,5 CM
 11 - ☐ IGUAL A 2,5 CM
 8 - ☐ OCLUSÃO DA ARTÉRIA POPLITEA
 8 - ☐ ESTENOSE DA ARTÉRIA POPLITEA
 8 - ☐ ANEURISMA DA ARTÉRIA POPLITEA
 9 - ☐ NÃO TROMBOSADO
 10 - ☐ DIÂMETRO
 11 - ☐ MAIOR QUE 2 CM
 11 - ☐ MENOR QUE 2 CM
 11 - ☐ IGUAL A 2 CM
 9 - ☐ TROMBOSADO
 9 - ☐ PARCIALMENTE TROMBOSADO
 7 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 8 - ☐ SEM LAUDO
 8 - ☐ NORMAL
 8 - ☐ ALTERADA
 9 - ☐ ESTENOSE DE ILÍACA
 10 - ☐ COMUM
 10 - ☐ INTERNA
 10 - ☐ EXTERNA
 9 - ☐ OCLUSÃO DE ILÍACA
 10 - ☐ COMUM
 10 - ☐ INTERNA
 10 - ☐ EXTERNA
 9 - ☐ DISSECÇÃO DE ILÍACA
 10 - ☐ COMUM
 10 - ☐ INTERNA
 9 - ☐ EXTERNA
 8 - ☐ ANEURISMA DE ILÍACA
 9 - ☐ COMUM
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM
 9 - ☐ INTERNA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM
 9 - ☐ EXTERNA
 10 - ☐ SACULAR
 10 - ☐ FUSIFORME
 11 - ☐ DIÂMETRO >3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO = 3 CM
 11 - ☐ DIÂMETRO < 3 CM
 8 - ☐ ESTENOSE DE FEMORAL
 9 - ☐ COMUM
 9 - ☐ SUPERFICIAL

- 9 - ☐ PROFUNDA
8 - ☐ OCLUSÃO DE FEMORAL
9 - ☐ COMUM
9 - ☐ SUPERFICIAL
9 - ☐ PROFUNDA
8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL COMUM
9 - ☐ SACULAR
9 - ☐ FUSIFORME
10 - ☐ DIAMETRO
11 - ☐ MAIOR QUE 2 CM
11 - ☐ MENOR QUE 2 CM
11 - ☐ IGUAL A 2 CM
10 - ☐ TIPO I
10 - ☐ TIPO II
8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL PROFUNDA
9 - ☐ SACULAR
9 - ☐ FUSIFORME
8 - ☐ ANEURISMA FEMORAL SUPERFICIAL
9 - ☐ SACULAR
9 - ☐ FUSIFORME
10 - ☐ DIAMETRO
11 - ☐ MAIOR QUE 2,5 CM
11 - ☐ MENOR QUE 2,5 CM
11 - ☐ IGUAL A 2,5 CM
8 - ☐ OCLUSÃO DA ARTÉRIA POPLITEA
8 - ☐ ESTENOSE DA ARTÉRIA POPLITEA
8 - ☐ ANEURISMA DA ARTÉRIA POPLITEA
9 - ☐ NÃO TROMBOSADO
10 - ☐ DIAMETRO
11 - ☐ MAIOR QUE 2 CM
11 - ☐ MENOR QUE 2 CM
11 - ☐ IGUAL A 2 CM
9 - ☐ TROMBOSADO
9 - ☐ PARCIALMENTE TROMBOSADO
2 - ☐ DIAGNOSTICO
3 - ☐ MEDICINA
4 - ☐ ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES
5 - ☐ DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA
5 - ☐ DOENÇA CÍSTICA DA ADVENTÍCIA DA ARTÉRIA POPLÍTEA
5 - ☐ SÍNDROME DO APRISIONAMENTO DA ARTÉRIA POPLÍTEA
5 - ☐ TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE
3 - ☐ FISIOTERAPIA
3 - ☐ ENFERMAGEM
3 - ☐ NUTRIÇÃO
2 - ☐ TRATAMENTO
3 - ☐ MEDICINA
4 - ☐ ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES
5 - ☐ DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA
6 - ☐ OBSTRUÇÃO AORTOILIACA
7 - ☐ ASSINTOMÁTICO OU SINTOMÁTICO SEM INDICAÇÃO DE CIRURGIA
8 - ☐ RETARDAR EVOLUÇÃO DA DOENÇA DE BASE
9 - ☐ ABOLIR O TABAGISMO
9 - ☐ CONTROLE DA DISLIPIDEMIA
9 - ☐ CONTROLE DA DIABETES
9 - ☐ CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
9 - ☐ CONTROLE DA HIPERHOMOCISTEINEMIA
8 - ☐ MELHORAR O FLUXO SANGUÍNEO NAS EXTREMIDADES
9 - ☐ MEDIDAS GERAIS
10 - ☐ ATIVIDADE FÍSICA
10 - ☐ ABOLIÇÃO DO FUMO
10 - ☐ COMBATE AO STRESS
10 - ☐ PROTEÇÃO CONTRA O FRIO
10 - ☐ VASODILATAÇÃO
9 - ☐ MEDIDAS MEDICAMENTOSAS
10 - ☐ VASODILATADORES
10 - ☐ HEMORREOLÓGICOS
10 - ☐ ANTIPLAQUETÁRIO
10 - ☐ ANTICOAGULANTES
10 - ☐ BLOQUEIO REGIONAL
10 - ☐ NEUROLÉPTICOS
10 - ☐ ANALGÉSICOS COMUNS
10 - ☐ OPIÓIDES
8 - ☐ EVITAR COMPLICAÇÕES
9 - ☐ PROFILAXIA DE OCLUSÕES
10 - ☐ EVITAR ESTASE CIRCULATÓRIA
10 - ☐ TRATAR ARRITIMIAS
9 - ☐ PROFILAXIA DE LESÕES
10 - ☐ HIGIENE CUIDADOSA DOS PÉS
10 - ☐ TRATAMENTO ADEQUADO DAS LESÕES TRÓFICAS
10 - ☐ COMBATER TRAUMAS
7 - ☐ SINTOMÁTICO COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA
8 - ☐ VIA DE ACESSO
9 - ☐ ABDOMINAL
10 - ☐ TRANSPERITONEAL
11 - ☐ MEDIANA
11 - ☐ PARARETAL
12 - ☐ DIREITA
12 - ☐ ESQUERDA
10 - ☐ EXTRAPERITONEAL
10 - ☐ LAPAROSCÓPICA
11 - ☐ TRANSPERITONAL
11 - ☐ EXTRAPERITONEAL
11 - ☐ COMBINADA COM ACESSO INGUINAL
UNILATERAL
12 - ☐ NÃO
12 - ☐ SIM
13 - ☐ DIREITA
13 - ☐ ESQUERDA
11 - ☐ COMBINADA COM ACESSO INGUINAL
BILATERAL
12 - ☐ NÃO
12 - ☐ SIM
9 - ☐ AXILAR
10 - ☐ SUBCLAVICULAR
11 - ☐ DIREITA
11 - ☐ ESQUERDA

- 10 - ☐ SUPRACLAVICULAR
 11 - ☐ DIREITA
 11 - ☐ ESQUERDA
 8 - ☐ PONTE OU BY PASS
 9 - ☐ NÃO
 9 - ☐ SIM
 10 - ☐ AUTÓLOGO
 11 - ☐ VEIA
 12 - ☐ INSITU
 12 - ☐ EX SITU OU REVERSA
 10 - ☐ HETERÓLOGO
 11 - ☐ PRÓTESE
 12 - ☐ PTFE
 13 - ☐ ANELADA
 13 - ☐ NÃO ANELADA
 12 - ☐ DACRON
 13 - ☐ COM PRATA
 13 - ☐ SEM PRATA
 8 - ☐ TÉCNICA
 9 - ☐ ENDARTERECTOMIA
 9 - ☐ TROBECTOMIA
 9 - ☐ PROFUNDOPLASTIA
 9 - ☐ ANASTOMOSE
 10 - ☐ AORTO-AÓRTICO
 11 - ☐ TÓRACO-ABDOMINAL
 12 - ☐ SEM REIMPLANTE DE ARTÉRIAS
 12 - ☐ COM REIMPLANTE DE ARTÉRIAS
 13 - ☐ TRONCO CELÍACO
 13 - ☐ MESENTÉRICA SUPERIOR
 13 - ☐ RENAL
 14 - ☐ DIREITA
 14 - ☐ ESQUERDA
 13 - ☐ MESENTÉRICA INFERIOR
 13 - ☐ ABDOMINAL INFRA RENAL
 10 - ☐ AORTO-FEMORAL
 11 - ☐ DIREITO
 11 - ☐ ESQUERDO
 10 - ☐ AORTO BIFEMORAL
 10 - ☐ AORTO ILÍACO
 11 - ☐ DIREITO
 11 - ☐ ESQUERDO
 9 - ☐ DERIVAÇÃO EXTRA-ANATÔMICA
 10 - ☐ FEMORO-FEMORAL CRUZADA
 10 - ☐ FEMORO-POPLÍTEO CRUZADA
 10 - ☐ AXILO-FEMORAL
 11 - ☐ DIREITO
 11 - ☐ ESQUERDO
 10 - ☐ AXILO-POPLÍTEA
 10 - ☐ PELO FORAME OBTURADOR
 11 - ☐ AORTO-FEMORAL
 12 - ☐ TRANSPERITONEAL
 12 - ☐ EXTRAPERITONEAL
 11 - ☐ ILÍACO-FEMORAL
 12 - ☐ TRANSPERITONEAL
 12 - ☐ EXTRAPERITONEAL
 9 - ☐ AMPUTAÇÃO
 10 - ☐ PODODACTÍLOS
 10 - ☐ TRANSMETATERSIANA
 10 - ☐ SYME
 10 - ☐ INFRACONDILIANA
 10 - ☐ SUPRACONDILIANA
 10 - ☐ DESARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL
 9 - ☐ ENDOVASCULAR
 10 - ☐ ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL
 PERCUTÂNEA
 11 - ☐ COM BALÃO
 11 - ☐ COM STENT
 12 - ☐ AÓRTICA
 12 - ☐ AÓRTO-BILIÁCA
 12 - ☐ AORTO MONOILÍACA
 13 - ☐ COM OCLUSOR
 13 - ☐ SEM OCLUSOR
 9 - ☐ PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS
 10 - ☐ NÃO
 10 - ☐ SIM
 11 - ☐ RETALHO LIVRE VASCULARIZADO
 11 - ☐ SIMPATECTOMIA LOMBAR
 11 - ☐ NEUROTIPSIA/NEURECTOMIA
 11 - ☐ DEBRIDAMENTOS
 11 - ☐ FASCIOTOMIAS
 11 - ☐ ARTRODESES
 11 - ☐ AUTOENXERTO CUTÂNEO
 11 - ☐ OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA
 6 - ☐ OBSTRUÇÃO FEMORO-POPLÍTEA
 7 - ☐ ASSINTOMÁTICO OU SINTOMÁTICO SEM INDICAÇÃO
 CIRÚRGICA
 8 - ☐ RETARDAR EVOLUÇÃO DA DOENÇA DE BASE
 9 - ☐ ABOLIR TABAGISMO
 9 - ☐ CONTROLE DA DISLIPIDEMIA
 9 - ☐ CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
 SISTÊMICA
 9 - ☐ CONTROLE DA HIPERHOMOCISTEINEMIA
 8 - ☐ MELHORAR O FLUXO SANGÜÍNEO NAS
 EXTREMIDADES
 9 - ☐ MEDIDAS GERAIS
 10 - ☐ ATIVIDADE FÍSICA
 10 - ☐ ABOLIÇÃO DO TABAGISMO
 10 - ☐ COMBATE AO STRESS
 10 - ☐ PROTEÇÃO CONTRA O FRIO
 10 - ☐ VASODILATAÇÃO TÉRMICA REFLEXA
 9 - ☐ MEDIDAS MEDICAMENTOSAS
 10 - ☐ VASODILATADORES
 10 - ☐ HEMORREOLÓGICOS
 10 - ☐ ANTIPLAQUETÁRIOS
 10 - ☐ ANTICOAGULANTES
 10 - ☐ BLOQUEIO REGIONAL
 10 - ☐ NEUROLÉPTICOS
 10 - ☐ ANALGÉSICOS COMUNS
 10 - ☐ OPIÓIDES
 8 - ☐ EVITAR COMPLICAÇÕES

- 9 - ☐ PROFILAXIA DE OCLUSÕES
 10 - ☐ EVITAR ESTASE CIRCULATÓRIA
 10 - ☐ TRATAR ARRITIMIAS
 9 - ☐ PROFILAXIA DE LESÕES
 10 - ☐ HIGIENE CUIDADOSA DOS PÉS
 10 - ☐ TRATAR ADEQUADAMENTE LESÕES
 10 - ☐ COMBATER TRAUMAS
 7 - ☐ SINTOMÁTICO COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA
 8 - ☐ VIA DE ACESSO
 9 - ☐ INGUINAL DIREITA
 9 - ☐ INGUINAL ESQUERDA
 9 - ☐ INGUINAL BILATERAL
 10 - ☐ CRUZADO D>E
 10 - ☐ CRUZADO E>D
 9 - ☐ FOSSA POPLÍTEA
 10 - ☐ DIREITA
 11 - ☐ POSTERIOR
 11 - ☐ MEDIAL
 10 - ☐ ESQUERDA
 11 - ☐ POSTERIOR
 11 - ☐ MEDIAL
 9 - ☐ PERNA
 10 - ☐ DIREITA
 11 - ☐ MEDIAL
 11 - ☐ LATERAL
 11 - ☐ POSTERIOR
 10 - ☐ ESQUERDA
 11 - ☐ MEDIAL
 11 - ☐ LATERAL
 11 - ☐ POSTERIOR
 8 - ☐ PONTE OUBYPASS
 9 - ☐ NÃO
 9 - ☐ SIM
 10 - ☐ AUTÓLOGO
 11 - ☐ VEIA SAFENA INTERNA
 12 - ☐ INSITU
 12 - ☐ EX SITU OU REVERSA
 11 - ☐ VEIA SAFENA EXTERNA
 10 - ☐ HETERÓLOGO
 11 - ☐ PRÓTESE VASCULAR
 12 - ☐ PTFE
 13 - ☐ ANELADA
 13 - ☐ NÃO ANELADA
 12 - ☐ DACROM
 13 - ☐ COM PRATA
 13 - ☐ SEM PRATA
 8 - ☐ TÉCNICA
 9 - ☐ ENDARTERECTOMIA
 9 - ☐ TROBECTOMIA
 9 - ☐ PROFUNDOPLASTIA
 9 - ☐ ANASTOMOSE
 10 - ☐ FEMORO-FEMORAL
 11 - ☐ DIREITO
 11 - ☐ ESQUERDO
 10 - ☐ FEMORO-FEMORAL CRUZADO
 11 - ☐ D>E
 11 - ☐ E>D
 10 - ☐ FEMORO-POPLÍTEA
 11 - ☐ DIREITA
 11 - ☐ ESQUERDA
 10 - ☐ FEMORO-DISTAL
 11 - ☐ POPLÍTEO
 11 - ☐ TRONCO
 11 - ☐ TIBIAL ANTERIOR
 11 - ☐ TIBIAL POSTERIOR
 11 - ☐ FIBULAR
 9 - ☐ REIMPLANTE DE FEMORAL PROFUNDA
 9 - ☐ AMPUTAÇÕES
 10 - ☐ PODODÁCTILOS
 10 - ☐ SYME
 10 - ☐ INFRACONDILIANA
 10 - ☐ SUPRACONDILIANA
 10 - ☐ DESARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL
 9 - ☐ ENDOVASCULAR
 10 - ☐ ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL
 PERCUTÂNEA
 11 - ☐ COM BALÃO
 11 - ☐ COM STENT
 9 - ☐ PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS
 10 - ☐ NÃO
 10 - ☐ SIM
 11 - ☐ RETALHO LIVRE VASCULARIZADO
 11 - ☐ SIMPATECTOMIA LOMBAR
 11 - ☐ NEUROTIPSIA / NEURECTOMIA
 11 - ☐ DEBRIDAMENTOS
 11 - ☐ FASCIOTOMIAS
 11 - ☐ ARTRODESES
 11 - ☐ AUTOENXERTO
 11 - ☐ OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA
 5 - ☐ DOENÇA CÍSTICA DA ADVENTÍCIA DA ARTÉRIA POPLÍTEA
 6 - ☐ RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA
 6 - ☐ TRATAMENTO CIRÚRGICO
 7 - ☐ RESSECCIONAL
 8 - ☐ ANASTOMOSE T-T
 8 - ☐ INTERPOSIÇÃO DE AUTOENXERTO
 9 - ☐ VENOSO
 9 - ☐ HOMOENXERTO
 8 - ☐ INTERPOSIÇÃO DE ENXERTO SINTÉTICO
 7 - ☐ NÃO RESSECCIONAL
 8 - ☐ ESVASIAMENTO
 8 - ☐ ESVASIAMENTO COM REMENDO
 9 - ☐ VENOSO
 9 - ☐ SINTÉTICO
 8 - ☐ ASPIRAÇÃO
 5 - ☐ SÍNDROME DO APRISIONAMENTO DA ARTÉRIA POPLÍTEA
 6 - ☐ ESPONTÂNEA
 6 - ☐ CIRÚRGICO
 7 - ☐ VIA DE ACESSO
 8 - ☐ POSTERIOR
 9 - ☐ FORMA C

9 - ☐ FORMA Z
 9 - ☐ FORMA S
 8 - ☐ MEDIAL
 7 - ☐ PONTE/BY PASS
 8 - ☐ VEIA SAFENA INTERNA
 9 - ☐ IN SITU
 9 - ☐ EX SITU
 9 - ☐ REVERSA
 8 - ☐ VEIA SAFENA EXTERNA
 7 - ☐ TÉCNICA
 8 - ☐ DESCOMPRESSÃO
 8 - ☐ ANASTOMOSE
 8 - ☐ TROMBOENDARTRECTOMIA
 9 - ☐ COM PATCH
 10 - ☐ VENOSO
 10 - ☐ PTFE
 9 - ☐ SEM PATCH
 8 - ☐ TROMBOEMBOLECTOMIA
 8 - ☐ TROMBÓLISE LOCAL
 8 - ☐ AMPUTAÇÃO
 9 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 10 - ☐ PODODÁCTILOS
 10 - ☐ ANTEPÉ
 10 - ☐ SYME
 10 - ☐ INFRACONDILIANA
 10 - ☐ SUPRACONDILIANA
 9 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 10 - ☐ PODODÁCTILOS
 10 - ☐ ANTEPÉ
 10 - ☐ SYME
 10 - ☐ INFRACONDILIANA
 10 - ☐ SUPRACONDILIANA
 8 - ☐ ENDOVASCULAR
 9 - ☐ ANGIOPLASTIA COM BALÃO
 9 - ☐ ANGIOPLASTIA COM STENT
 5 - ☐ TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE
 6 - ☐ CLÍNICO
 7 - ☐ RETARDAR EVOLUÇÃO DA DOENÇA DE BASE
 8 - ☐ ABOLIR TABAGISMO
 8 - ☐ CONTROLE DA DISLIPIDEMIA
 8 - ☐ CONTROLE DA DIABETES
 8 - ☐ CONTROLE DA HAS
 8 - ☐ CONTROLE DA HIPERHOMOCISTEINEMIA
 7 - ☐ MELHORAR O FLUXO SANGÜÍNEO NAS
 EXTREMIDADES
 8 - ☐ MEDIDAS GERAIS
 9 - ☐ ATIVIDADE FÍSICA
 9 - ☐ COMBATE AO STRESS
 9 - ☐ PROTEÇÃO CONTRA O FRIO
 9 - ☐ VASODILATAÇÃO TÉRMICA REFLEXA
 8 - ☐ MEDIDAS MEDICAMENTOSAS
 9 - ☐ VASODILATADORES PERIFÉRICOS
 9 - ☐ HEMORREOLÓGICOS
 9 - ☐ ANTIPLAQUETÁRIOS
 9 - ☐ ANTICOAGULANTES
 9 - ☐ BLOQUEIO REGIONAL
 9 - ☐ ANALGÉSICOS COMUNS
 9 - ☐ OPIÓIDES
 7 - ☐ EVITAR COMPLICAÇÕES
 8 - ☐ PROFILAXIA DE OCLUSÕES AGUDAS
 9 - ☐ EVITAR ESTASE CIRCULATÓRIA
 9 - ☐ TRATAR ARRITIMIAS
 8 - ☐ PROFILAXIA DE LESÕES ISQUÊMICAS
 9 - ☐ HIGIENE CUIDADOSA DOS PÉS
 9 - ☐ TRATAR ADEQUADAMENTE AS LESÕES
 EXISTENTES
 9 - ☐ COMBATER TRAUMAS
 6 - ☐ CIRÚRGICO
 7 - ☐ PONTE/ BY PASS
 8 - ☐ FEMORO-TRONCO
 9 - ☐ VEIA SAFENA INTERNA
 10 - ☐ IN SITU
 10 - ☐ EX SITU
 10 - ☐ REVERSA
 9 - ☐ VEIA SAFENA EXTERNA
 8 - ☐ FEMORO-TIBIAL ANTERIOR
 9 - ☐ VEIA SAFENA INTERNA
 10 - ☐ IN SITU
 10 - ☐ EX SITU
 10 - ☐ REVERSA
 9 - ☐ VEIA SAFENA EXTERNA
 8 - ☐ FEMORO-TIBIAL POSTERIOR
 9 - ☐ VEIA SAFENA INTERNA
 10 - ☐ IN SITU
 10 - ☐ EX SITU
 10 - ☐ REVERSA
 9 - ☐ VEIA SAFENA EXTERNA
 8 - ☐ FEMORO-FIBULAR
 9 - ☐ VEIA SAFENA INTERNA
 10 - ☐ IN SITU
 10 - ☐ EX SITU
 10 - ☐ REVERSA
 9 - ☐ VEIA SAFENA EXTERNA
 7 - ☐ AMPUTAÇÃO
 8 - ☐ MEMBRO INFERIOR DIREITO
 9 - ☐ PODODÁCTILOS
 9 - ☐ ANTEPÉ
 9 - ☐ SYME
 9 - ☐ INFRACONDILIANA
 9 - ☐ SUPRACONDILIANA
 9 - ☐ DESARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL
 8 - ☐ MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
 9 - ☐ PODADÁCTILOS
 9 - ☐ ANTEPÉ
 9 - ☐ SYME
 9 - ☐ INFRACONDILIANA
 9 - ☐ SUPRACONDILIANA
 9 - ☐ DESARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL
 3 - ☐ FISIOTERAPIA
 3 - ☐ ENFERMAGEM

- 3- ☐ NUTRIÇÃO
- 2- ☐ EVOLUÇÃO
- 3- ☐ MEDICINA
- 4- ☐ ISQUEMIA CRÔNICA DE MEMBROS INFERIORES
- 3- ☐ FISIOTERAPIA
- 3- ☐ ENFERMAGEM
- 3- ☐ NUTRIÇÃO